


LIBRARY OF THE ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS EDINBURGH
Non
sibi
sed cunctis

TRAITÉ COMPLET

DES MALADIES

DES FEMMES.

TRAITÉ COMPLET
DES MALADIES
DES
FEMMES
ET DE
L'HYGIÈNE DE LEUR SEXE,
AVEC UN GRAND NOMBRE DE DESSINS;

NOUVELLE ÉDITION

Augmentée des lésions relatives à la **CONCEPTION**, à la **GROSSESSE**, à **L'ACCOUCHEMENT** et à l'**ALLAITEMENT**.

PAR

COLOMBAT DE L'ISÈRE,

Chevalier de la Légion-d'Honneur, docteur en médecine et fondateur de l'institut orthophonique de Paris, ex-chirurgien interne de la maison de santé de la rue de Valois, spécialement consacrée au traitement des maladies des femmes, lauréat de l'académie des sciences, vice-président de la société philotechnique de Paris, de la société anatomique de la même ville, de l'institut historique de France, de la société des sciences de Strasbourg, du cercle chirurgical de Montpellier, de la société médico-chirurgicale de Lyon, etc, etc.

L'époque la plus intéressante de la vie de la femme est celle de ses souffrances et de ses dangers. MOREAU DE LA SARTHE.

Mille mali species, mille salutis erunt, OVIDE

TOME DEUXIÈME.

PARIS,

ANCIENNE MAISON BÉCHET J^NE,

LABÉ SUCCESSEUR, LIBRAIRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Place de l'École-de-Médecine, n° 4.

CHEZ L'AUTEUR, RUE NEUVE-DES-PETITS-CHAMPS, 20.

1843

TRAITÉ DES MALADIES DES FEMMES ET DE L'HYGIÈNE SPÉCIALE DE LEUR SEXE,

APPLIQUÉE A TOUTES LES ÉPOQUES DE LA VIE.

CHAPITRE VII.

TROISIÈME SECTION.

LÉSIONS PHYSIQUES.

Pour faciliter l'étude des lésions physiques des organes génitaux externes et internes de la femme, nous les divisons en trois classes, qui sont :

1° Les contusions, les plaies et les déchirures de la vulve, du périnée, du vagin et de la matrice, les ruptures de ces organes, enfin les contusions et les plaies des mamelles ;

2° Les fistules vésico-vaginales, urétro-vaginales, recto-vaginales ;

3° L'introduction accidentelle des corps étrangers dans les cavités génitales.

CONTUSION DES GRANDES LÈVRES.

Par leur situation à l'extrémité inférieure du tronc, les parties sexuelles externes qui protègent et circonscrivent la vulve, c'est-à-dire le mont de Vénus, les grandes lèvres et le périnée, sont exposées à des contusions, à des plaies et à des déchirures qui peuvent être le résultat soit d'une chute, d'une blessure ou d'un coup, soit des premières tentatives d'un rapprochement conjugal, ou des efforts d'une copulation criminelle. Les désordres qui peuvent dépendre de cette dernière cause sont d'autant plus grands, que la femme a fait plus de résistance, qu'il y a disproportion entre les organes génitaux des deux sexes, et que la violence a été exercée sur une fille vierge, surtout si elle est encore loin de son complet développement.

La texture lâche du tissu cellulaire des grandes lèvres fait que ces deux replis deviennent fréquem-ment le siége d'ecchymoses et d'infiltrations sanguines développées sous l'influence des causes que nous venons de signaler, et même le plus souvent à la suite d'un accouchement plus ou moins laborieux. Favorisée par la position déclive de la vulve, la tu-

méfaction devient bientôt considérable, et les parties prennent une couleur livide ou d'un violet foncé presque noir; cependant il arrive rarement que la contusion soit assez forte pour déterminer la gangrène, souvent même il ne se forme pas un abcès, et alors on voit le sang extravasé être absorbé rapidement, et les organes tuméfiés ne pas tarder à reprendre leur couleur et leur volume naturels.

Lorsque la contusion est légère et qu'il n'en est résulté qu'une simple ecchymose, on devra se borner à l'emploi de quelques topiques résolutifs, tels que des compresses imbibées d'eau végéto-minérale ou même tout simplement d'eau froide, dans laquelle on pourrait ajouter pour chaque verrées de ce liquide une cuillerée de vinaigre ou d'eau de Cologne. Pour fixer ces applications résolutives, et surtout pour aider la résorption, on aura recours à une compression uniforme faite au moyen d'un bandage convenable et approprié à la disposition des parties.

Si la contusion était violente, et si surtout il en était résulté un épanchement de sang considérable, il faudrait alors prescrire une application de sangsues autour des parties ecchymosées et non sur ces mêmes parties, et se conduire ensuite comme nous venons de l'indiquer plus haut. Quand la compression n'aura pas été employée dans le principe, ou quand elle ne pourra pas être supportée à cause des douleurs qu'elle occasionne, on la remplacera par

l'usage de cataplasmes tout à la fois émollients et résolutifs, qui seront composés, soit de farine de riz cuite dans de l'eau de guimauve, soit de farine de graine de lin, délayée dans une infusion de roses de Provins, avec addition d'un peu de vin rouge ou d'une cuillerée à café d'extrait de saturne. Le premier de ces cataplasmes, qui doit être enveloppé dans un tissu de gaze, est en général préféré par les malades, parce qu'il salit moins leur linge et les parties sur lesquelles on l'applique.

On devrait suspendre l'emploi de tous ces moyens, si la tumeur, ayant acquis rapidement plus de volume, devenait le siége de symptômes inflammatoires annoncés par une douleur beaucoup plus vive, et par la rougeur uniforme, la chaleur et la tension de la peau. Il faudrait alors recourir à l'emploi des topiques émollients et maturatifs, afin de favoriser la suppuration qui tend à se faire, et qui s'est surtout annoncée par des frissons et par des douleurs plus vives. Quand la fluctuation sera manifeste, on ouvrira largement pour donner une issue facile au sang mêlé au pus. On se conduira ensuite comme après l'ouverture des autres phlegmons, c'est-à-dire qu'on continuera l'emploi des cataplasmes émollients, et que, lorsque tous les signes d'inflammation seront à peu près dissipés, on reviendra à l'usage de légers résolutifs, afin de hâter le dégorgement des parties et la cicatrisation de la plaie.

DE LA DÉCHIRURE DU PÉRINÉE ET DES MOYENS D'Y REMÉDIER.

Si les blessures et les déchirures qui peuvent résulter de l'action des instruments tranchants ou piquants, sur les grandes lèvres, n'exigent pour leur traitement que les moyens employés pour les plaies des autres parties du corps, il est une sorte de solution de continuité à laquelle ces deux replis vulvaires sont beaucoup plus fréquemment exposés, et qui, pour cette raison, exige que nous nous étendions plus longuement. La lésion dont nous voulons parler est le déchirement de la commissure postérieure des grandes lèvres, qui a lieu quelquefois dans les accouchements les plus naturels, mais le plus souvent lorsque la femme accouche seule ou à la suite de manœuvres imprudentes (1), ou de tractions peu ménagées au moyen du forceps.

Lorsque la déchirure se borne à la fourchette ou commissure postérieure de la vulve, l'accident n'a jamais de suite fâcheuses, parce qu'au moyen du repos et du rapprochement convenable des cuisses,

(1) Le docteur *Boudet* (thèses de la faculté de méd. de Paris), rapporte des observations de rupture ou plutôt de division du périnée au moyen d'une pièce de six liards. Cette méthode, aussi absurde que barbare, était employée par une sage-femme ignorante dans le but d'augmenter le diamètre de la vulve et de faciliter ainsi la sortie de l'enfant.

la réunion et la cicatrisation des parties ne tardent pas à s'opérer spontanément ; l'on a vu quelquefois la même chose avoir lieu par les seuls efforts de la nature, lors même que la déchirure se prolongeait fort avant sur le périnée.

Malheureusement il n'en est pas ainsi quand le sphincter de l'anus et le rectum se trouvent compris dans la même solution de continuité. Les bords d'une division aussi prolongée, étant toujours inégaux, dentelés et comme plissés, se réunissent difficilement par première intension ou après avoir suppuré : d'ailleurs le passage continuel des lochies s'y oppose, d'où il résulte que les surfaces de chaque lèvre de la plaie, après avoir été long-temps en suppuration, finissent par se cicatriser isolément, et l'ouverture de la vulve se trouve agrandie proportionnellement à l'étendue de la déchirure. Alors les matières solides et liquides s'échappent involontairement, et l'absence de l'appui que le périnée prête aux parties voisines devient une cause d'une procidence du vagin ou du prolapsus de la matrice ; enfin cette dégoûtante infirmité rend non-seulement la femme insupportable à elle-même, mais cause souvent des troubles conjugaux qui peuvent avoir les plus fâcheuses conséquences.

Pour prévenir le plus possible les terribles accidents que nous venons de signaler, il faut soutenir le périnée avec la main au moment où la tête de l'en-

fant commence à distendre la vulve, de manière à forcer la tête à se relever vers les pubis, mais non à l'empêcher à descendre. Il est également important, aussitôt que les bosses pariétales ont franchi le niveau des tubérosités ischiatiques, de dire à la femme de modérer ses efforts expulsifs, si surtout le travail est rapide, et non de *pousser* de plus en plus, comme le recommandent si mal à propos les comères, les sages-femmes et la plupart des accoucheurs. C'est dans ce temps de l'accouchement que les parties, en quelque sorte *surprises*, se déchirent, parce que la tête, poussée trop vivement, ne leur permet pas de céder aussi vite et de se mouler sur elle-même. On aura donc d'autant plus de chances de maintenir la cloison périnéale dans toute son intégrité, que la vulve aura été traversée avec plus de lenteur. S'il n'est pas toujours au pouvoir de l'accoucheur d'empêcher ces sortes de déchirures, il peut toujours empêcher qu'elles ne s'étendent trop loin, ce qui est extrêmement important.

On a vu dans quelques cas des femmes qui étaient accouchées sans secours, chez lesquelles l'enfant était passé par une ouverture du périnée, sans lésions de la fourchette et de l'anus. Le professeur *Moreau*, qui a entretenu l'Académie de médecine de ce sujet, affirme que les annales de la science possèdent plus de trente faits de ce genre bien constatés, et observés

soit en France, soit à l'étranger (1). M. *Deneux* (2) a rapporté également l'observation d'une femme chez laquelle le placenta a été extrait par le périnée, la vulve permettait à peine l'introduction du doigt; chez une autre femme, à la suite d'une rupture de ce genre, il existait par l'ouverture périnéale une descente de matrice; enfin, les premiers jours d'octobre 1832, nous avons vu à l'Hôtel-Dieu de Paris, salle St-Jean, n° 1, une femme qui était accouchée seule, chez laquelle la sortie d'un fœtus à terme avait eu lieu à travers une déchirure du périnée, sans lésions de la commissure postérieure des grandes lèvres et de l'anus. Le travail n'avait duré que quatre heures; la symphise et l'écartement ischiatique présentaient une forme normale.

Il est arrivé quelquefois que lors même que l'ouverture centrale du périnée s'est effectuée, le fœtus est malgré cela sorti par la vulve dont les bords sont restés intacts. Madame *Lachapelle*, qui a vu et qui a rapporté plusieurs de ces cas, assure que si les femmes n'eussent pas été découvertes, et les parties sexuelles soumises à la vue, elle aurait pu croire que l'enfant avait franchi la division périnéale; elle pense que probablement il en a été ainsi pour la plupart

(1) Séance de l'académie de médecine du 16 octobre 1832.

(2) Séance de l'académie de médecine, même jour et même année.

des cas qui ont été rapportés par les auteurs. Néanmoins, quoi qu'en ait dit madame *Lachapelle*, on ne peut douter que quelquefois le fœtus ne soit réellement sorti par la déchirure centrale du périnée; le professeur *Delpech* a vu cette déchirure se faire au côté gauche et postérieure du vagin et s'étendre le long de la base de la grande lèvre du même côté qui fut ainsi séparé de l'arcade pubienne. La vulve étant rejetée à droite, l'accouchement eut lieu par l'ouverture accidentelle.

Quelquefois la déchirure se dirige vers l'une des deux fesses et présente la forme d'un L capital; dans d'autres cas elles s'étend vers les deux fesses à la fois, et offre alors la forme d'un grand T. Les solutions de continuité de ce genre suppurent ordinairement et finissent le plus souvent par se réunir spontanément en formant une cicatrice solide; c'est ce qui a eu lieu dans les faits de ce genre, observés et rapportés par *Denmann*, *Baudelocque*, *Désormeaux*, *Delpech*, *Dupuytren*, madame *Lachapelle*, et quelques autres praticiens.

L'habitude qu'on a généralement d'accumuler un grand nombre d'oreillers sous la tête et sous les épaules des femmes pendant le travail de l'accouchement est une des causes qui contribuent pour beaucoup à la déchirure du périnée. Il en résulte que le tronc prenant alors une position presque verticale, le poids de l'enfant et surtout sa tête, compriment très for-

tement la cloison périnéale et que les efforts expulsifs de la matrice sont quelquefois assez puissants pour faire céder le périnée en le déchirant et pour vaincre ainsi l'enclavement qui existe par suite de la position vicieuse de la malade.

Ce fâcheux accident, qui a lieu surtout plus facilement chez les femmes dont l'ouverture du vagin est placée fort en avant et presque au niveau des os du pubis, pourrait le plus souvent être évité en maintenant le corps et la tête de la femme dans une situation presque horizontale et en soutenant le périnée pendant tout le temps du travail de manière à relever la tête de l'enfant dans la direction de la symphyse pubienne.

Lorsque la déchirure périnéale n'aura pu être empèchée, on tâchera d'obtenir la réunion des bords de la plaie en faisant coucher la femme sur le côté, et en lui recommandant de tenir toujours les cuisses rapprochées et dans la même situation. Quoique ce moyen soit très fréquemment infructueux, on ne devra jamais manquer de le mettre en usage, d'autant plus qu'il a été quelquefois suivi de la réunion de la totalité ou du moins d'une partie de la division, comme M. *Sedillot* jeune en rapporte un exemple (1). Quand ces précautions et ces premières tentatives de

(1) Recueil périodique de la société de médecine de Paris, tom. VII.

réunion ne sont suivies d'aucuns résultats et quand surtout la cicatrice des lèvres de la plaie est complètement achevée, il reste une ressource souvent efficace qui consiste dans la réunion au moyen de plusieurs points de sutures. Cette opération déjà pratiquée avec succès par *Forestus* (1), *Delamotte* (2), *Trainel* et *Noël* (3), *Saucerotte* (4), *Asdrubali* (5), *Dupuytren* (6), *Montain* (7), *Emile Barthélemi* (8), *Dieffenbach* (9), et depuis peu par M. *Vidal* de Cassis (10), a été surtout introduite dans la pratique chirurgicale depuis les brillants résultats qu'a obtenus M. le professeur *Roux* et que nous allons rapporter succinctement.

La première malade dont nous allons parler qui est la femme d'un médecin distingué d'une petite ville de province, avait déjà été opérée infructueusement d'une déchirure complète du périnée communiquant avec l'anus et ayant eu lieu à la suite d'un accouchement terminé avec le forceps. La première

(1) De morbis mulierum, page 759.

(2) Traité compl. de chirurg. cont. observ. 405.

(3) Recueil périod. de la société roy. de méd. t. VII, p. 187.

(4) *Idem.* tome IV, page 117, mélange de chirurg. t. II.

(5) Tome II. page 248.

(6) Leçons Orales et Lancette Franç. n. 102, t. VI, p. 418.

(7) Revue médicale, année 1821, tom. V, page 204.

(8) Lancette Française, t. VI, n. 104, page 427.

(9) Journal complémentaire, t. 38, page 193.

(10) Le docteur *Vidal* de Cassis a pratiqué deux fois avec succès la suture du périnée avec des aiguilles droites à manche et par un procédé simple et ingénieux que nous ferons connaître en parlant des fistules vaginales.

opération avait été pratiquée au mois de janvier 1832 au moyen de la suture entortillée ; mais la réunion, qui d'abord avait paru complète, n'était qu'apparente ; car bientôt la division périnéale exista comme auparavant.

Cet échec ne découragea ni la malade, ni son mari, et il fut résolu qu'on ferait un nouvel essai en apportant encore plus de soin et en modifiant le procédé opératoire. M. *Roux*, à qui cette dame avait été confiée, ayant réfléchi sur les causes de la non réussite de la première opération, pensa que le plus grand obstacle à la réunion était l'impossibilité du contact exact des parties profondes par la suture entortillée, et que dans ce cas la suture enchevillée était préférable parce qu'elle agissait plus profondément. En effet, des aiguilles courbes embrassent plus de parties; les fils pénètrent plus profondément, et la pression des cylindres expose à moins de déchirement et offre plus d'égalité ; donc il n'y avait à craindre ni étranglement, ni constriction des bords de la plaie ; donc les chances de succès étaient plus grandes. Dans la seconde opération, où l'on raviva de la même manière les bords de la solution, deux ou trois artérioles fournirent encore du sang et furent liées ; quatre points de sutures furent placés de manière à anticiper sur les parois du vagin, mais peu profondément, afin de ne pas exposer au renversement des lèvres, qui eût mis en

contact deux membranes muqueuses qui ne s'unissent qu'avec la plus grande difficulté ; une bougie de gomme élastique forma le cylindre et on serra fortement les fils ; la coaptation, parfaite alors à l'intérieur, ne l'était pas à l'extérieur, les bords de la plaie faisaient saillie en dehors ; la coaptation fut faite au moyen de ligatures minces placées dans l'intervalle ; les fils ne furent coupés et les aiguilles ne furent enlevées qu'après six jours pleins ; une diète absolue fut prescrite, et les soins les plus assidus mis en usage.

Ce n'est que le vingt-deuxième jour que la malade alla à la selle, et rendit des matières tellement consistantes qu'il fallut aider à la défécation avec les doigts introduits dans le vagin ; mais alors la cicatrice avait assez de force pour résister.

Un écoulement puriforme eut également lieu par l'anus et le vagin, mais il n'y eut pas d'hémorrhagie, ni de douleur.

Il ne restait alors qu'une petite fente du côté de l'anus, qui suppurait : on introduisit une mèche dans le rectum ; et la consolidation fut bientôt parfaite, le raphée devint linéaire et solide, mais il resta une fistule recto-vaginale de peu d'étendue qui permettait à peine l'introduction de l'extrémité du petit doigt. Cette fistule donnait issue à des gaz sans laisser échapper aucune matière stercorale. M. *Roux* apprit quelque temps après par

une lettre du mari, que le voyage entrepris le cinquième jour qui suivit la première sortie du lit, n'avait occasionné aucun accident et que le point fistuleux qui existait entre le rectum et le vagin n'avait fourni de suppuration que pendant deux mois, et s'était cicatrisé. Cette malade s'est rétablie parfaitement; son périnée présente l'épaisseur et la solidité ordinaire, et l'œil le plus exercé ne saurait y découvrir aucune trace de l'opération. Dès que la suppuration fut tarie, les rapprochements sexuels, s'exercèrent, d'abord avec de grands ménagements, puis avec plus d'abandon, et enfin sans aucune espèce de précaution. Cette dame a repris sa fraicheur et sa gaieté naturelles.

Cette suture périnéale (la première pratiquée par M. *Roux*) a été l'objet d'une lecture faite à l'académie de médecine le 30 octobre 1832. L'observation est rapportée dans le numéro du premier novembre *de la Lancette française* de la même année.

La seconde observation est prise dans la clinique de la Charité. La femme qui en fait le sujet était une nommée *Pauline Évrard*, âgée de 22 ans, femme de chambre, entrée à l'hôpital le 15 mars 1833, et couchée au n° 24 de la salle Ste-Catherine.

Cette fille, d'une santé habituellement bonne, étant devenue enceinte en 1831, entra, un mois avant d'accoucher, à la Maternité où elle eut une couche si laborieuse, qu'elle fut suivie de la déchirure du

périnée. Malgré cette infirmité, elle redevint enceinte ; mais son accouchement qui, cette fois, fut encore difficile, le fut cependant beaucoup moins que le premier. Quelque temps après cette dernière couche, *Pauline Evrard* fut admise à la Charité, où, les huit premiers jours de son entrée dans cet hôpital, elle fut mise à la diète et à l'usage des délayants. Le 22 mars, on lui administra un purgatif; enfin, le samedi 23 mars, M. *Roux* procéda à l'opération, qui fut faite de la manière suivante :

Sur les deux surfaces de la plaie, une portion mince de chair fut enlevée, de manière qu'en rapprochant les deux bords de la division, la réunion put être facile. Trois sutures furent pratiquées, une près de l'anus, une autre près de la vulve, et la troisième entre les deux premières. Ces trois points de suture comprirent chacun une portion du vagin, afin d'éviter tout à la fois les bâillements de la plaie à l'extérieur, et les épanchements de matière purulente à l'intérieur. Pour former les anses d'un côté, les fils furent coupés et liés, et entre les deux bouts ainsi noués, un morceau de gomme élastique fut placé et tiré par les bouts de droite. Entre ces derniers, un second morceau de gomme élastique fut mis et serré par les mêmes bouts au moyen d'un nœud. Deux jours après l'opération, la malade fut prise d'une rétention d'urine, qui exigea l'introduction d'une sonde à demeure dans la vessie ; ce moyen permit l'écoulement

du fluide vésical; mais on attendit encore deux jours pour provoquer des selles par l'administration d'un purgatif doux, et surtout du calomel à la dose de dix grains. Les matières rendues sortirent complètement par l'anus et nullement par le vagin, quoique, pendant une quinzaine de jours, la malade se fût aperçue qu'en rendant des gaz, une partie s'échappait par le vagin. Bientôt des mèches enduites de cérat et introduites entre les lèvres de la plaie, oblitérèrent entièrement la communication qui existait entre le rectum et le canal vaginal, et les matières fécales, ainsi que les gaz, ne sortirent plus que par l'anus. La malade se rétablit parfaitement, et il ne lui est resté qu'un léger rétrécissement de l'ouverture vaginale.

Si la suture du périnée, qui a été pratiquée avec succès, il y a plus de 25 ans, par *Dupuytren* (Voyez notre note page 130) a été si fréquemment employée sans qu'on en ait obtenu aucun avantage, c'est que, dans la plupart des cas, on s'est trop pressé pour opérer. Comme il est très-rare que les lèvres de la plaie soient dans des conditions favorables à leur réunion immédiate, il vaut beaucoup mieux différer l'opération. Nous sommes si convaincu qu'il est avantageux d'attendre, que nous ne craignons pas de dire qu'on serait presque toujours assuré de réussir, si, pour procéder à l'opération, on différait jusqu'à ce que la suppuration eût amené le dégorgement et l'affaissement des bords de la division, et surtout que les lochies fussent com-

plètement taries ou, au moins, aient de beaucoup diminué. En effet, c'est l'écoulement de ce fluide qui s'oppose le plus à la réunion de la plaie et par conséquent au succès de l'opération, et c'est certainement lui qui a empêché la réussite de l'opération de suture périnéale, pratiquée, en 1832, par notre confrère et ami, le docteur *Guersent* le fils.

La réunion de la division du périnée consiste donc seulement à aviver d'abord les surfaces cicatrisées séparément, avec un bistouri ou avec des ciseaux courbes, comme dit l'avoir fait avec succès, il y a plus de dix ans, le docteur *Émile Barthelemy* (1); puis à rapprocher exactement les parties avec des points de suture. Le premier doit être placé vers l'anus, le second vers la vulve, et les autres entre deux. Nous ajouterons qu'en général trois sutures sont suffisantes, et que, pour opérer, il faudra toujours choisir une époque éloignée de celle des règles, et qu'on devra, à l'exemple de M. *Roux*, avoir la précaution de préparer la femme à l'opération, en la soumettant, huit jours avant d'y procéder, à la diète et à l'usage des délayants. Il est également très important, lorsqu'on aura opéré, d'entretenir une grande liberté du ventre et même une diarrhée légère ; car les efforts résultant de l'expulsion des matières fécales endurcies ont souvent fait échouer

(1) La Lancette Française, n. 102, t. VI, page 418.

l'opération, en causant la déchirure des points de suture et de la cicatrice commençante.

Si, l'opération n'étant pratiquée que long-temps après la déchirure périnéale, il arrivait que la peau ne se trouvât plus douée d'assez de laxité pour permettre le rapprochement des parties, on devrait, comme l'a fait M. *Dieffenbach*, pratiquer à droite et à gauche une incision profonde, qui permettrait d'affronter les bords sans tiraillements, ce qui auparavant semblait devoir être complètement impossible. Enfin, si on n'avait vu s'évanouir toute espèce de chances au moyen d'une opération chirurgicale, il faudrait tâcher d'apporter quelque soulagement à la malade, au moyen d'une pelote placée dans le vagin, ou d'un appareil confectionné selon les circonstances et maintenu par un bandage approprié.

DES DÉCHIRURES ET DE LA RUPTURE DU VAGIN.

Le vagin, comme nous le verrons bientôt, est non seulement exposé à se rompre pendant le travail de l'accouchement, mais encore les parois de ce canal sont sujettes à des déchirures ou perforations produites par des corps vulnérants ou des violences extérieures. *Plazoni* (1) cite l'observation d'une jeune femme dont la cloison recto-vaginale fut perforée dans les efforts d'une première copulation faite sans ménagement. *Diemerbroeck* (2) parle également de deux

(1) De part. generat. inservientibus, lib. II. cap. 14, p. 164.

(2) Anat. corporis humani, lib. X, cap. 36.

jeunes Hollandaises, qui non seulement éprouvèrent le même accident, mais qui, de plus, périrent d'hémorrhagie la première nuit de leurs noces. On a vu des déchirures non moins considérables être produites souvent sans hémorrhagie, par des corps vulnérants plus capables encore de déterminer de grands désordres. Nous avons donné nous-même des soins à une jeune fille de dix-sept ans, qui, en se balançant sur un tronc d'arbre avec une de ses amies, avait eu le vagin perforé, ainsi que le bas fond de la vessie, par une pointe de bois aiguë sur laquelle elle avait glissé brusquement. La déchirure, qui était triangulaire et qui présentait plus de six lignes de diamètre, ne détermina presque pas d'écoulement de sang. Nous plaçâmes une sonde à demeure dans la vessie pour donner issue à l'urine et empêcher que ce fluide ne nuisît à la cicatrisation de la plaie ; nous combattîmes ensuite les accidents inflammatoires au moyen de grands bains prolongés, de la saignée, d'une application de sangsues sur l'hypogastre, de la diète rigoureuse, etc. Cinq semaines après l'accident, la guérison était complète. La Lancette française a publié, il y a peu de temps, l'observation d'une jeune fille des environs de Bordeaux, qui, en glissant sur un tas de foin, eut la cloison recto-vaginale perforée par la pointe d'une fourche de fer. Quoique les désordres qui résultèrent de cet accident fussent très-grands, il n'y eut presque pas d'hémorrhagie, et

la malade, soumise à un traitement rationnel, se rétablit bientôt. Enfin, nous allons rapporter un autre exemple encore plus remarquable, qui a la plus grande analogie avec celui-ci, et qui est consigné dans le tome 56, page 461 du Dictionnaire des sciences médicales. Une fille de vingt ans, glissant le long d'une meule de foin, tomba sur une tige de bois pointue et armée d'un crochet latéral dont le manche était appuyé à terre. La tige avait un pouce de diamètre, la pointe était obtuse, le crochet était aigu et rétrograde ; il existait un intervalle de cinq pouces et demi entre la pointe et celle de la tige, et il y avait une distance de dix-huit lignes entre cette pointe et la tige même, sans compter l'épaisseur de celle-ci. Toute cette proportion de l'instrument s'enfonça dans la vulve; et lors des premiers efforts que l'on fit pour l'extraire, le crochet, déjà parvenu dans l'abdomen à travers la paroi postérieure du vagin, s'engagea entre ce canal et le rectum. Après bien des tentatives faites par un autre médecin, le docteur *Rey*, alors aide d'anatomie et interne des hôpitaux, parvint à extraire ce corps étranger sans incision et sans grande violence. Il commença par dégager la pointe du crochet en la tournant vers le pubis, en même temps qu'il déprimait fortement la plaie du vagin ; alors l'extraction s'acheva instantanément. Une péritonite consécutive fut enrayée, et la cicatrisation se compléta en quelques semaines.

Si, souvent de semblables déchirures et de pareils désordres ne sont pas mortels et ne sont même pas suivis d'hémorrhagies, il arrive quelquefois que des solutions de continuité du vagin peu profondes, et même de simples excoriations et de légères entamures de la membrane interne de ce canal, ont déterminé des pertes de sang redoutables et même la mort. Les accidents de cette nature ont lieu surtout lorsque la muqueuse vaginale se trouve être le siége d'un état variqueux qui la rend moins résistante et augmente en même temps la gravité de ses blessures. Ces varices du vagin, qui se rompent très fréquemment pendant l'accouchement, donnent naissance à des épanchements sanguins, qui, envahissant le tissu cellulaire pelvien et principalement les lèvres de la vulve, causent des désordres les plus funestes, et les thrombus vulvaires si dangereux et si souvent mortels sur lesquels le professeur *Boer* (1), Mad. *Lachapelle* (2) et surtout M. *Deneux* (3) ont particulièrement appelé l'attention des praticiens.

L'indication que présentent les thrombus vulvaires consiste à donner une issue au sang accumulé par une incision faite à l'extérieur, et à procurer le rap-

(1) Mat. méd. obst. libri VII, page 24.

(2) Pratiq. des accouch. ou mém. et observ. choisis etc., t. III, page 130, 197, 199.

(3) Mémoire sur les tumeurs sanguines de la vulve et du vagin. 1830.

prochement des parois du foyer par le tamponnement du vagin, fait de manière à laisser un passage libre aux liquides utérins, au moyen d'une large canule.

Les ruptures du vagin qui ont lieu pendant l'accouchement peuvent s'effectuer soit dans la partie supérieure de ce canal, c'est-à-dire vers son point de réunion avec le col de la matrice, soit dans sa partie moyenne et inférieure. Ces sortes de ruptures sont toujours l'effet de la distension extrême produite par la tête du fœtus, ou le résultat de l'action immédiate de la main ou des instruments qui servent dans la pratique des accouchements. La déchirure de l'extrémité supérieure du vagin, qui est la plus fréquente de toutes, a été souvent confondue avec la rupture de l'utérus. Il est vrai que quelquefois la déchirure de l'un de ces organes se propage à l'autre, quel que soit, du reste, celui par lequel elle a commencé. Lorsque la rupture du vagin a lieu en haut, ce canal semble avoir tout simplement rompu ses adhérences avec le col utérin, car la division de sa partie supérieure affecte presque toujours une direction transversale, ce qui n'a pas lieu lorsque la déchirure s'est effectuée sur tout autre point.

La rupture qui s'opère à la partie moyenne du vagin, s'étend souvent jusqu'au périnée et n'est que la continuation de la déchirure de cette paroi inférieure du bassin. Il est inutile de nous étendre ici sur les symptômes de ces ruptures qui ont la plus grande analogie

avec celles de l'utérus, dont nous allons bientôt parler; nous nous contentons de dire que le pronostic est en général moins fâcheux que celui des ruptures de la matrice, et que les malades se sont promptement rétablies, même dans des cas où les intestins avaient pénétré dans le vagin, et dans d'autres cas, où l'enfant avait passé dans l'abdomen à travers la solution de continuité. L'extraction du fœtus et du placenta qui est l'indication la plus pressante, se fait toujours assez facilement par l'ouverture accidentelle du vagin dont les bords ne se contractent pas comme ceux de la matrice : aussi un praticien attentif et habile, peut souvent sans employer de violence opérer une délivrance complète et faire cesser bientôt les principaux obstacles à la cicatrisation. Nous ne devons pas omettre de dire que ce qui distingue surtout la rupture du vagin de celle de la matrice, c'est que les déchirures vaginales conservent la même étendue et la même largeur, lorsque l'accouchement est terminé, tandis que les ruptures utérines diminuent de diamètre à mesure que l'organe gestateur se contracte ; Dans quelques cas, bien rares à la vérité, il se fait une double rupture vaginale, c'est-à-dire que la déchirure s'étend tout à la fois aux parois de la vessie et de l'intestin rectum. Le professeur *Chaussier* a montré à la Société de médecine de Paris une pièce d'anatomie pathologique qui offrait une double rupture occupant la partie antérieure et postérieure du vagin. Cette pièce provenait

d'une femme qui avait été la victime de mauvaises manœuvres pendant son accouchement.

Si la rupture du vagin est moins grave que celle de la matrice, c'est à cause de la plus grande facilité qu'on a d'extraire l'enfant et du peu de sang qui s'écoule après l'accident (1).

DES CONTUSIONS ET DES PLAIES DE LA MATRICE.

Dans son état de vacuité, la matrice étant mobile et surtout cachée, comme elle l'est dans la cavité pelvienne, n'est que très rarement atteinte par les violences extérieures et les corps vulnérants.

Si les opérations faites sur le col de cet organe, et les déchirures produites par l'ignorance des accoucheurs, et surtout par la tête du fœtus, prouvent que les blessures de cette partie sont en général peu dangereuses, il n'en est pas de même de celles qui ont leur siége sur le corps de la matrice. Cependant les plaies du corps de ce viscère ne sont pas toujours nécessairement mortelles; car on compte quelques exemples de guérison, non-seulement après l'opération césarienne, mais même après la rupture de

(1) *Veslingius* observe cependant qu'il a vu deux fois la rupture du vagin suivie d'une hémorrhagie mortelle. *Bis enim notavi, cum uteri vagina secundum latus dextrum esset disrupta, quamvis fœtus extinctus integrè cum secundinis educeretur, subsequente ex laceratis hypogastricis vasis enormi sanguinis profluvio, matrem paulò post pariter fato cecisse.* Il est probable que dans ces deux cas et la plupart des autres du même genre, la muqueuse vaginale était le siége d'un état variqueux, qui avait facilité la rupture et déterminé l'hémorrhagie.

l'organe ou après des blessures qui semblaient le plus souvent ne laisser aucun espoir. *Reichard* (1), dans une excellente dissertation, rapporte l'observation d'une femme enceinte et à terme qui reçut un coup de fusil chargé de plusieurs petites balles, d'où il résulta plusieurs blessures, une, entre autres, au côté gauche de la région hypogastrique : cette blessure surtout donna naissance à une hémorrhagie abondante qui fut bientôt suivie d'une syncope; mais le travail s'étant établi bientôt, et l'accouchement ayant eu lieu spontanément, on constata que l'enfant avait été atteint sous la clavicule droite, et qu'il avait une plaie dans laquelle on trouva une chevrotine et un morceau des vêtements de la mère. Malgré leurs blessures ils guérirent l'un et l'autre, mais la plaie de la femme, restant fistuleuse, fut pendant long-temps le siége d'un écoulement purulent, et ce qui est plus extraordinaire, donna passage au sang des règles; cette plaie qui ne se cicatrisa qu'après trois ans l'eût été beaucoup plus tôt si elle n'avait pas été dilatée par une canule qu'on avait jugé utile d'y laisser continuellement. Le même auteur, d'après *Langius* et *Hoffmann*, cite d'autres exemples de plaies de l'utérus, suivies d'une guérison très prompte. Dans un des cas, la blessure avait été faite avec un couteau qui avait ouvert lar-

(1) Dissert. exhib. uterum gravidè unâ cum fœtu vulneratum.

gement le crâne de l'enfant ; dans un autre, la plaie avait été produite par un coup de bâton pointu qui avait blessé la poitrine du fœtus ; enfin dans un troisième cas, que nous regardons comme impossible ou du moins comme rapporté infidèlement, il est question d'une femme dont les parois abdominales et utérines avaient été ouvertes si largement par la corne d'un taureau, que le fœtus enfermé dans ses membranes sortit immédiatement par la plaie et tomba sur le sol. L'enfant ayant été remis dans la matrice et les parois du ventre réunies au moyen d'une couture, la femme se rétablit parfaitement et donna naissance au terme ordinaire à une fille vivante. M. *Deneux* (1) et *Desault* (2), d'après *Sue*, *Schmucker* et quelques autres auteurs, rapportent des faits authentiques à peu près semblables et suivis de guérison complète, mais dans ces cas, l'enfant était sorti ou avait été extrait immédiatement par la plaie du ventre et de l'utérus largement ouverts. *Boussel* (3) cite également l'observation d'une femme qui guérit parfaitement d'une blessure produite par une balle de fusil qui, en traversant l'abdomen et les parois de la matrice, avait donné la mort à son enfant. Dans l'histoire de l'académie des sciences

(1) Essai sur la rupt. de la matrice etc., p. 34.

(2) *Desault*. Journal de chirurgie. t. II.

(3) Traité nouv. de l'hystéromotokie ou enfant. césar. page 120.

(année 1709, page 22) il est fait mention d'une blanchisseuse qui, à six mois de sa grossesse, fut blessée à la matrice par un pieux aigu d'une palissade. Après l'accident, il s'échappa d'abord beaucoup de sang et plus tard du pus par le vagin, plusieurs abcès se formèrent ensuite; enfin après l'ouverture d'une tumeur considérable d'où sortirent les restes du fœtus, la guérison eut lieu en peu de temps et d'une manière parfaite. Ne sait-on pas d'ailleurs que la ponction a été faite avec succès sur une femme de cinquante-trois ans, dont la matrice était distendue par une énorme quantité d'un fluide séreux (1), et que, dans un autre cas, la matrice d'une femme enceinte et hydropique fut involontairement atteinte par le trois-quarts. Le docteur *Simmons* (2) dit que l'accident fut reconnu à l'écoulement du sang et à la douleur vive qui suivit la piqûre, et ajoute que malgré cette blessure utérine, la grossesse marcha régulièrement jusqu'à son terme.

Quoique les faits que nous venons de rapporter semblent démontrer que le pronostic des plaies de la matrice n'est pas aussi grave qu'on pourrait d'abord le croire, il est un bien plus grand nombre d'exemples où la mort a été la conséquence souvent immédiate des blessures, même légères, faites sur les

(1) *Wirer* Annales de litt. méd. étrangère, p. 190.

(2) *Simmons. Idem.* tom. II. page 460.

parois de cet organe. Pour ne pas trop nous étendre sur ce sujet, nous allons nous contenter de rapporter quelques-uns de ces exemples. *Brendelius* (1) fait mention d'une jeune fille qui, voulant se faire avorter, s'était enfoncé à plusieurs reprises par le vagin et à travers les parois du col de la matrice, un instrument aigu qui perça les membranes et tua l'enfant. Cette criminelle opération fut suivie d'une hémorrhagie abondante, puis du délire, des convulsions et de la mort. *Devaux* (2) rapporte qu'il fut appelé le 8 mars 1695 pour donner des soins à Jeanne *Ravichat*, femme *Berthot*, grosse de huit mois, laquelle venait d'être blessée d'un coup d'épée au bas-ventre à trois travers de doigt de l'ombilic; cette femme étant morte avant qu'on eût le temps de placer aucun appareil, l'autopsie fit reconnaître que le coup d'épée, après avoir traversé la matrice près de son fond, s'était perdu dans la poitrine du fœtus et avait occasioné un grand épanchement de sang; ce qui expliqua la mort aussi prompte de la mère et de l'enfant. *Planchon* (3) parle également d'une femme enceinte de sept mois dont les parois abdominales furent traversées à trois pouces du nombril par un gros clou; cette blessure, qui d'abord détermina peu

(1) Ephémerides. natur. cur. observat. 147. centur. III et IV.

(2) L'art de faire des rapports en chirurg. page 176 et 177.

(3) Traité de l'opérat césarienne (loc. cit.)

de douleur, fut suivie d'un écoulement sanguin abondant et mêlé d'eau; le ventre ne tarda pas à s'affaisser et la matrice à se contracter; le lendemain, il survint des convulsions, des hoquets fréquents, des vomissements bilieux, et la mort eut lieu soixante heures après l'accident. A l'ouverture du cadavre on constata que le fœtus avait été légèrement blessé à l'épaule droite et que la piqûre de la matrice était très étroite et située deux pouces plus bas que celles des parois abdominales.

Les plaies de la matrice, pendant la grossesse, sont donc en général très graves, non-seulement à cause de l'augmentation de la sensibilité et de la grande dilatation des vaisseaux de cet organe, mais encore parce que le plus souvent elles donnent lieu à l'avortement, à des hémorrhagies et surtout à des épanchements sanguins, qu'il est aussi difficile de prévenir que de faire cesser.

Les blessures de l'organe gestateur se reconnaissent à la situation de la plaie extérieure, à la direction du corps vulnérant, à la douleur que les malades éprouvent à la région hypogastrique, aux aines, aux lombes, aux cuisses, enfin à l'hémorrhagie utérine, au gonflement du ventre produit par l'épanchement sanguin et à d'autres symptômes communs aux plaies des viscères abdominaux. Dans les cas de ce genre, on doit, sans différer, avoir recours aux antiphlogistiques les plus puissants, tels que les sai-

gnées générales répétées, les applications de sangsues, les fomentations émollientes, les lavements adoucissants, narcotiques et camphrés pris par quart et conservés, enfin, les boissons gommées, astringentes et anti-spasmodiques, et une foule d'autres moyens qui devront être modifiés selon les circonstances et les symptômes.

L'hémorrhagie utérine traumatique est en général peu dangereuse dans l'état de vacuité; on parvient assez facilement à l'arrêter, à l'aide du repos et par l'usage de boissons froides et astringentes. Si l'écoulement sanguin était opiniâtre, et si surtout la malade était déjà affaiblie, on devrait avoir recours à une médication beaucoup plus active; ainsi, on prescrirait une solution froide de sulfate d'alumine, employée en boisson, en injection dans le vagin, et comme topique sur l'ouverture extérieure de la plaie, au moyen d'un linge qui en serait imbibé. On pourrait remplacer, même avec avantage, l'usage interne de l'alun par une solution d'extrait de ratanhia (deux gros par livre d'eau) édulcorée avec du sirop de grande consoude) (1). Cette sub-

(1) La potion suivante prise par cuillerées à bouche tous les quarts-d'heure, a été toujours suivie d'heureux résultats, toutes les fois que nous l'avons prescrite, dans des cas d'hémorrhagie utérine, qui n'avait pu être arrêté par les autres moyens.

R.	Infusion de feuilles d'oranger.	huit onces.
	Extrait de ratanhia.	deux gros.
	Sirop de grande consoude.	une once.
	id. diacode.	une once.
	Ether sulfurique.	dix gouttes.

stance astringente semble avoir une action spéciale sur l'utérus et être plus efficace que tous les autres médicaments du même genre pour arrêter les hémorrhagies de cet organe. Il serait également bien de prescrire l'extrait de ratanhia en lavements pris par quart et avec addition de deux grains de camphre, d'assa-fœtida et de dix gouttes de teinture de castoreum, si l'hémorrhagie était accompagnée de hoquets et d'autres phénomènes nerveux. En général les hémorrhagies utérines traumatiques, sont difficiles à arrêter pendant la grossesse; malheureusement on voit souvent échouer tous les moyens qu'on leur oppose, et elles ne cessent le plus souvent qu'après l'accouchement dont alors il faut hâter la terminaison.

CONTUSIONS ET PLAIES DES MAMELLES.

Si par leur situation les mamelles sont très exposées au choc des corps extérieurs et par conséquent très sujettes à diverses contusions, il est très rare qu'elles soient blessées par des instruments piquants ou tranchants, à moins que ce ne soit dans quelque opération chirurgicale.

Les contusions des seins, même légères, sont toujours douloureuses; quoiqu'elles soient rarement suivies d'ecchymose, et qu'elles n'occasionnent d'abord que de légers accidents, elles déterminent souvent après quelques jours, du gonflement, de la du-

reté, et des engorgements qui méritent d'autant plus de fixer l'attention des médecins, qu'ils sont la cause la plus fréquente des cancers mammaires.

Lorsque les contusions ou les plaies des mamelles ont eu lieu pendant les règles, il arrive souvent que cet écoulement se trouve modifié, c'est-à-dire qu'il se supprime, qu'il diminue, ou devient plus abondant. Pendant la gestation et l'allaitement, les contusions des mamelles ont des suites plus fâcheuses. Dans le premier cas, les seins étant doués d'une plus grande sensibilité, deviennent le siége d'un engorgement et d'une inflammation plus considérables; dans le second cas, il vient se joindre à ces accidents, la diminution dans la sécrétion du lait et souvent même la suppression complète de ce fluide.

Les suites des coups reçus sur les seins sont plus ou moins graves, selon que la douleur qu'ils déterminent est superficielle ou profonde. Lorsque la douleur est superficielle, le tissu cellulaire sous-cutané est presque toujours seul affecté; dans le cas contraire, la glande mammaire est le siége de la douleur, et le pronostic est encore plus fâcheux si la malade est arrivée à son époque critique.

Les contusions des seins méritent donc la plus grande attention à cause des suites funestes qui peuvent en résulter. On devra donc recourir à l'emploi des antiphlogistiques, tels que les saignées générales, les applications de sangsues autour de la partie con-

tuse, les compresses résolutives s'il y a ecchymose, les cataplasmes de farine de graine de lin arrosés avec du laudanum ; enfin on insistera sur tous ces moyens jusqu'à ce que la douleur et toutes les traces de l'inflammation se soient dissipées.

Les plaies des seins résultant de l'action d'un instrument piquant tels qu'un clou, une aiguille, etc., exigent de même l'emploi des saignées locales et générales, et celui des applications résolutives, émollientes et narcotiques suivant la nature de la blessure et les symptômes. Pendant la grossesse on devrait préférer la saignée du bras à une application locale de sangsues, à moins que des circonstances graves ne la contr'indiquent. Mais si la femme nourrit, il faudra se dispenser de recourir aux évacuations sanguines excepté dans le cas où les seins seraient fortement engorgés et où il y aurait suppression du lait.

Lorsque les contusions ou les plaies des mamelles auront déterminé une suppression ou une diminution notables des règles, on devra rappeler cet écoulement ou du moins y suppléer, au moyen d'une application de sangsues à la vulve ou à la partie interne et supérieure des cuisses.

DE LA RUPTURE DE LA MATRICE.

La rupture de la matrice est une solution de continuité des parois de cet organe qui a lieu spontanément

pendant la grossesse et le plus souvent pendant l'accouchement ou qui est déterminée par des blessures ou des violences exercées sur la région hypogastrique. Dans quelques cas les agens extérieurs divisent les parois abdominales et portent ensuite leur action immédiate sur l'organe gestateur, ainsi on a vu plusieurs fois une rupture de la matrice être le résultat d'une plaie faite sur ce viscère par un coup de corne de bœuf furieux (1); le même accident a eu lieu à la suite d'une blessure produite par le fragment d'un vase de verre sur lequel la femme était assise, par un coup de feu, un coup de sabre ou de bayonnette, par le fer qui termine l'extrémité postérieure du brancard des cabriolets (2), enfin par d'autres corps vulnérants qu'il est inutile d'indiquer. La rupture accidentelle de l'utérus a eu lieu également dans des cas où les parois de l'abdomen étaient restées intactes, à la suite d'une forte pression qui avait distendu les fibres utérines plus que ne le comportent la ductilité et l'extension dont elles sont susceptibles.

En effet les annales de la science possèdent l'observation d'une femme dont la matrice s'est rompue à la suite d'une violente compression de l'abdomen entre une voiture et un mur (3); chez une autre le

(1) *Sue* Essai histor. sur l'art des accouch. t. I, p. 209. *Deneux* d'après *Lechaptois* : essai sur les rupt. de la matr. p. 35.

(2) *Planchon*. Traité de l'opérat. césarienne, page 77.

(3) Ancien journal de médecine, t. 54, p. 554 et 672.

même accident a eu lieu, après avoir été frappée fortement par un cheval fougueux et jetée sur une pierre aiguë qui porta sur la région ombilicale (1); enfin chez une troisième la rupture fut le résultat funeste d'une chute très forte sur le ventre. Dans la plupart des cas que nous venons de rapporter, l'enfant pénétra en totalité ou en partie dans la cavité du péritoine, mais la rupture n'eut pas lieu immédiatement après les accidents qui en furent la cause. L'extension trop grande des fibres de la matrice, et leur affaiblissement déterminés par des contusions ou des plaies, quoique n'intéressant pas toujours toute l'épaisseur des parois de l'organe facilitèrent probablement plus tard son déchirement complet soit par l'effet d'une contraction utérine, ou d'un autre effort, soit par la chute de l'escarrhe des parties contuses qui s'étaient mortifiées. Il est encore une autre cause assez fréquente des ruptures de l'utérus, c'est l'introduction violente de la main dans la cavité de cet organe et surtout celle des forceps et de certains instruments qui agissent comme les instruments piquants ou tranchans en faisant de véritables plaies, ou en déterminant des pressions et des tractions qui causent la déchirure des fibres de l'organe. Nous devons convenir cependant, que dans un grand nombre de cas, il est très difficile et même impossible de déterminer si la rupture a eu lieu

(1) *Mauritaneus Cordæus*. Hist. de l'acad des. scienc. 1709.

spontanément, ou si elle a été produite par des manœuvres imprudentes de l'aecouchéur ou par unc action extérieure. Lc fait suivant rapporté par le professeur *Désormeaux* d'après lc docteur *Moulin*, prouve l'obscurité qui règne à cet égard : ehez une femme qui était en proie aux plus violentes douleurs de la parturition, la matriee présentait un état d'obliquité antérieure très prononcée ; la sâge-femme qui avait fait de vains efforts pour ramener l'organe dans sa reetitude naturelle, voulant renouveler ses tentatives, saisit le moment d'une contraetion utérine très forte pour introduire un doigt dans le vagin, mais à peine cette introduetion était-elle eommeneée, que la femme poussa un grand eri en disant qu'on l'avait déchirée à l'intérieur. Il survint alors des accidents qui nécessitérent le transport de cette malade à l'Hôtel Dieu, où l'on eonstata une rupture de la partie inférieure de la matrice qui fut bientôt suivie de la mort.

Les *causes prédisposantes* de l'affection qui nous oeeupe, sont l'irritabilité excessive de la matrice, la faiblesse ou la trop grande rigidité de son tissu, l'état squirrheux de son eol, l'occlusion de son orifiee, l'étroitessc du bassin, les tumeurs osseuses ou fibreuses dans cette eavité, l'oblitération du vagin et l'atrésie incomplète de la vulve, les tumeurs squirrheuses des ovaires, la mauvaise situation du fœtus, enfin toutes les causes qui sont des obstacles à l'accouchcment et qui rendent impuissants les efforts d'expulsion ; on a en-

core signalé parmi les causes prédisposantes de la rupture de la matrice, la trop grande étendue et l'amincissement de la partie de ce viscère qui correspond à l'insertion des trompes, l'épaisseur inégale des parois du même organe, enfin l'affaiblissement de son tissu, résultant soit d'une cicatrice ancienne, d'une plaie ou d'une suppuration antérieure soit de la présence d'une tumeur fibreuse (1) ou de tout autre nature. Suivant *Denman*, la pression et l'attrition entre la tête de l'enfant et la saillie des os dans un bassin mal conformé, peuvent user mécaniquement les parois de la matrice. Lorsqu'il existe une des causes prédisposantes que nous venons d'indiquer, la rupture peut être déterminée par les contractions brusques et les efforts plus ou moins violents qui résultent de l'action de tousser, d'éternuer, de vomir, de soulever un

(1) Madame *Lachapelle*, madame *Boivin*, Obs. 111; la *Lancette Française*, tom. VIII, n. 126, page 389, rapporte d'après un journal anglais, (*The Edimburg*, *med. surg.* juillet 1833), un cas de rupture de la matrice observé par le docteur *John Dunn*, qui eut lieu pendant le travail de l'accouchement le 15 avril 1829. La déchirure s'était effectuée le long d'un des bords d'une masse fibreuse considérable. L'extraction du fœtus fut faite immédiatement par les voies ordinaires, et la malade agée de 37 ans se rétablit si bien à la suite de l'ouverture spontanée d'un abcès interne qui fournit une abondante évacuation de matières purulentes par l'anus que quinze mois après sa guérison elle accoucha sans accident d'un enfant mort; mais le 27 octobre elle mit heureusement au monde un autre enfant qui vivait encore le 9 février 1833, c'est à dire qu'il était âgé de près de deux ans, lorsque cette intéressante observation fut publiée.

fardeau. Le même accident peut également avoir lieu à la suite d'un accès de colère et d'une frayeur subite; M. *Duparque* a rapporté plusieurs faits qui ne laissent aucun doute à cet égard.

Les causes déterminantes des ruptures utérines spontanées sont très difficiles à apprécier; quelques auteurs entr'autres *Delamotte*, *Levret*, *Devenier*, *Crants*, M. *Egge* (1), leur attribuent pour cause unique les mouvements violents et convulsifs du fœtus. Selon *Rœderer*, cette cause ne peut être admise et nous nous rangeons à cet avis, parceque avant la rupture, l'enfant se trouve trop fortement comprimé par les contractions utérines, pour pouvoir exécuter des mouvements capables de rompre les parois de cet organe; d'ailleurs la rupture s'est souvent effectuée lorsque l'enfant était mort, même depuis plusieurs jours, et comme le fait observer *Planchon*, aucune partie du fœtus ne s'était engagée dans la crevasse, ce qui infailliblement, aurait eu lieu si la solution de continuité avait été produite par les mouvements de l'enfant. Il nous semble plus naturel d'admettre que la rupture spontanée, est le plus souvent causée par une violente contraction de l'utérus qui du reste se trouve sous l'influence d'une des causes prédisposantes que nous avons citées plus haut. En effet, on a remarqué que c'est presque toujours pendant

(1) Med. and physic. journal, novembre 1828.

une contraction énergique et convulsive de la matrice et des membres abdominaux, que les ruptures utérines ont eu lieu.

Baudelocque, regarde comme une cause très puissante et très fréquente de cet accident les mouvements brusques et forcés du tronc pendant les contractions de la matrice; selon nous, cette cause peut si non produire seule, du moins favoriser les ruptures spontanées, et nous sommes d'autant plus portés à l'admettre, qu'elle agit en même temps que les causes déterminantes que nous avons signalées.

Quoique les ruptures de la matrice aient presque toujours eu lieu après la déchirure des membranes et surtout lorsque les contractions utérines étaient parvenues à un très haut dégré de violence, il est arrivé quelquefois qu'elles se sont effectuées au commencement du travail et même pendant la gestation. M. *Collineau* (1) a observé une rupture de la matrice qui eut lieu au deuxième mois de la grossesse, à la suite d'un vomissement; le docteur *Puzin* (2) en a cité un exemple qui fut déterminé, au troisième mois, par un effort en portant un fardeau; M. *Moulin* (3) en a fait connaître un autre qui s'effectua au même terme; enfin, M. *Campbell* (4) et M. *Duparque* (5)

(1) Journal général de méd. 1808.
(2) Dissertation inaugurale, 1809.
(3) Archives générales de médecine, t. IX, p. 132.
(4) The lancet, t. I, page 31.
(5) Hist. compl. des rupt. et de chirurg. de l'utérus, p. 42.

parlent d'une rupture utérine au quatrième mois, M. *Thomas Hott* (6), au sixième, et M. *Bochard* (7), au septième.

Pour donner une explication à ces faits, on est forcé d'admettre que ces ruptures ont été déterminées par les causes organiques que nous avons indiquées plus haut, ou bien il faut supposer qu'elles sont survenues pendant des grossesses *semi extra-utérines*, c'est-à-dire celles qui ont leur siége dans une eavité anormale qui s'est formée dans l'épaisseur des parois de la matriee.

On a signalé eomme symptômes précurseurs des ruptures, la tension du ventre, l'élévation en pointe d'une partie de l'utérus, les mouvements violents de l'enfant, une douleur vive et fixée sur le même point; des douleurs fortes mais sans effet, enfin quelques autres phénomènes qui sont loin d'être constants, ou qui existent souvent sans que la rupture ait lieu; cependant on doit eraindre cet accident quand il existe de grands obstacles à l'aeeouchement et surtout lorsque les eontraetions utérines sont violentes, prolongées et aecompagnées de douleurs très vives.

Les symptômes qui indiquent que la rupture s'est effectuée, sont les suivants: la femme, après une contraction énergique et convulsive, éprouve tout à

(6) London médical. repository. mai 1817.

(7) Journal de méd. tome V, page 42.

coup une douleur beaucoup plus intense, accompagnée de la sensation d'un déchirement intérieur et d'un certain bruit ou plutôt d'une sorte de craquement qui quelquefois a été entendu par les assistants. Le lieu où s'est fait la rupture, devient alors le siége d'une douleur excessivement vive et comparable à celle qui résulte d'une crampe. La malade pousse un cri perçant, son visage pâlit, son pouls s'affaiblit, elle tombe en syncope ou paraît plus calme, un froid général survient et quelquefois une douce chaleur se répand dans toute l'étendue du ventre qui change tout à coup de forme; les mouvements du fœtus disparaissent peu à peu, mais le travail de l'accouchement qui jusque là était trop actif, cesse subitement; enfin, dans le plus grand nombre des cas la mort survient à la suite d'un écoulement plus ou moins considérable de sang qui a lieu dans l'abdomen et par la vulve.

Quoique tous les points des parois utérines puissent être le siége d'une rupture, il est cependant certaines parties qui y sont plus exposées, telles sont, le col, les côtés et le fond. Si les parois antérieure et postérieure y sont moins sujettes, c'est probablement parce qu'elles prennent un appui l'une contre la paroi antérieure de l'abdomen et l'autre sur la colonne vertébrale.

Après la rupture de la matrice effectuée spontanément ou à la suite d'une plaie, le fœtus et ses an-

nexes ne sortent pas toujours de la cavité de cet organe ; s'il est vrai que le plus souvent le contraire ait lieu, dans quelques cas, le corps de l'enfant ou une de ses parties s'échappe seul de la division, tandis que dans d'autres, il reste dans la matrice, quoique le placenta en soit sorti (1). Lorsque la mort n'arrive pas promptement, la déchirure du corps ou du fond de l'organe gestateur, diminue bientôt d'étendue par l'effet des contractions des fibres musculaires, et si par hasard une partie du fœtus

(1) Le docteur *Goldson*, dans une brochure publiée à Londres en 1787 a cherché à démontrer que les observations de rupture de la matrice rapportées par *Van Derwiel*, *Douglass*, *Bonnet*, *Pouteau*, *Maning* et quelques autres, n'étaient réellement que des ruptures du vagin qui s'étaient opérées près de l'insertion du col. M. *Goldson* explique ainsi la facilité qu'ont rencontrée ces observateurs à faire l'extraction du fœtus qui était complètement passé dans la cavité abdominale. Il est vrai que rarement l'enfant s'échappe en totalité par une rupture de l'utérus, sans qu'il y ait en même temps rupture du vagin parce que lors même que la déchirure est assez grande, elle diminue aussitôt à cause du resserrement résultant des contractions de l'organe, et ne permet pas que la sortie d'une portion du fœtus, par exemple, la tête seule (*Radford*), ou accompagnée d'un bras (*Behling*), ou enfin des deux membres supérieurs et du tronc, les pieds restant dans la cavité utérine, comme l'a observé *Philippe Peu* (Prat. des accouch., p. 79). Quelquefois le placenta est chassé dans l'abdomen, quoique l'enfant n'y soit passé qu'en partie ; d'autres fois il est expulsé seul par les voies naturelles, pendant que le fœtus est dans la cavité abdominale, où on le découvre en suivant le cordon ; enfin les enveloppes fœtales peuvent être retenues dans la matrice, quelle que soit la position et le lieu qu'occupe l'enfant.

ou du placenta ou même une anse intestinale, s'y sont engagées; elles se trouvent alors serrées et comme étranglées (1). Les ruptures du col restent au contraire long-temps béantes et donnent souvent issue à une masse considérable d'intestins et d'épiploon; enfin nous croyons encore devoir ajouter que quelquefois l'eau de l'amnios s'échappe seule dans la cavité du péritoine, mais cet épanchement est ordinairement peu grave et n'a jamais de conséquences aussi funestes que celui qui est formé par le sang.

Nous répétons encore que la rupture de la matrice est un accident très grave et presque toujours mortel; si la femme ne périt pas constamment à la suite de l'hémorrhagie externe ou interne, elle succombe bientôt sous l'influence d'une inflammation causée par un épanchement sanguin et par la présence du fœtus et du placenta dans la cavité du péritoine. Cependant, la mort n'a pas toujours été le résultat d'une rupture de l'utérus et, dans ce cas les parois du kyste sont devenues de nouveau le siége d'une inflammation aigue et d'une sécrétion purulente, qui est parvenue à s'ouvrir un passage soit à la surface extérieure de l'abdomen dans la cavité du vagin ou de la matrice, soit dans le rectum, le colon et d'autres intestins, ainsi que l'a vu le docteur *John Dunn*

(1) *Rungius*, Institut chirurg, pars secunda, page 728. *Toutaint Beauregard*, ancien journ. de méd., t. 79, page 68. *Deneux* d'après *Percy*. (loc. cit., p. 55).

(1) ou dans la vessie selon une observation de M. *Morlane* et une autre plus récente communiquée par M. *Lecieux* à la Société médicale d'émulation de Paris (2), soit enfin, même dans l'estomac comme *Marcellus Donatus* (3), *Georges Salmuth* (4) et *Bernard Montana* (5) semblent en avoir vu des exemples également rapportés par *Thomas Bartholin* (6), professeur d'anatomie à Copenhague. Selon les auteurs que nous venons de citer, les débris du fœtus en partie, réduits en putrilage, ont été entraînés par les liquides purulents et rejetés au dehors ; dans certains cas par l'anus, par la vulve à travers une ouverture spontanée des parois abdominales, et dans d'autres cas, au moyen du vomissement ; enfin, d'après l'observation du docteur *Lecieux*, les os du fœtus passés dans la vessie, y seraient devenus les noyaux de plusieurs calculs urinaires. Si quelques femmes sont mortes, parce que chez elles la nature n'avait pu produire des efforts aussi salutaires, quelques autres ont succombé, parce qu'après une première évacuation des débris du fœtus, un os de ce dernier qui s'était

(1) The Edimburgh. med. and. surg. journal. juillet 1833.
(2) Bulletin de la Société méd. d'émul. 1822.
(3) De historiâ medicâ mirabili. 1586.
(4) Observationum medicarum centur, posthumæ. 1658.
(5) Libro, del ant. del hombre. 1550.
(6) De insolitis partûs viis. 1664.

présenté en travers ou qui était trop volumineux, avait bouché l'ouverture par laquelle la détersion complète aurait pu s'effectuer.

De tous les moyens de diagnostic, l'introduction de la main dans le vagin et la cavité utérine, est sans contredit celui qui est toujours le plus fidèle et celui qui laisse le moins d'obscurité sur les différentes ruptures de la matrice. En effet, si au moyen de la palpation abdominale, on distingue assez bien le fœtus, et près de lui une tumeur dure et arrondie formée par l'utérus plus ou moins contracté, on constate en portant la main dans le vagin et à travers l'orifice de la matrice, non seulement la déchirure elle même et le lieu où elle existe, mais encore les circonstances qui l'accompagnent. Si la rupture a eu lieu au col, les chances sont moins défavorables, parce que le plus souvent on peut extraire le fœtus par la plaie et le vagin, sans avoir besoin de pratiquer la gastrotomie. Dans tous les cas, le pronostic est toujours très fâcheux, mais, comme nous l'avons déjà dit, les annales de la science possèdent un assez grand nombre de faits qui prouvent que des femmes ont survécu à une rupture du corps de l'utérus surtout lorsqu'elles ont pu être secourues à temps par des mains habiles.

L'indication la plus pressante à remplir après une rupture de la matrice, est d'abord de faire sans retard l'extraction du fœtus et du placenta, dont la

présence forme la complication la plus fâcheuse, et ensuite de combattre les accidents consécutifs selon les indications. Si l'enfant n'était pas passé entièrement dans la cavité abdominale, on devrait toujours tâcher de déterminer l'accouchement par les voies naturelles; mais dans le cas contraire il faudrait avoir recours le plutôt possible à la gastrotomie, parce que ce moyen extrême peut offrir quelques chances de salut à la mère et surtout à l'enfant qui périrait indubitablement si l'on n'agissait pas promptement.

L'opération de la gastrotomie se pratique de la manière suivante : après avoir fait coucher la femme sur un lit solide et fait placer sous son siége, un coussin, afin d'augmenter la saillie du ventre; l'opérateur, placé à la gauche de la malade, pratiquera sur les parois abdominales et vers la région, qui correspond au lieu qu'occupe l'enfant, une incision longitudinale ou oblique qu'il aura toujours soin de borner à une étendue de cinq à six pouces. Cette première incision abdominale, dont le lieu et la direction seront déterminés par la position du fœtus, devra n'intéresser que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, puis, plongeant le bistouri avec précaution dans l'angle inférieur de la plaie, on fera une ouverture suffisante pour permettre l'introduction du doigt indicateur de la main gauche; alors remplaçant le premier instrument par un bistouri boutonné, le

chirurgien portera ce dernier jusque dans l'abdomen, en le faisant longer le doigt resté dans la plaie, et coupera ensuite les muscles et les aponévroses dans la même direction et la même étendue que la première incision qui a été faite extérieurement. Si pendant l'opération, des vaisseaux considérables avaient été ouverts, on devrait les lier ou encore mieux en faire la torsion; dans le cas contraire, il faudrait sans retard introduire une main dans l'abdomen pour l'extraction de l'enfant et du placenta; cependant, si ce dernier était resté dans la cavité utérine, peut-être vaudrait-il mieux abandonner son expulsion aux efforts de la nature, après avoir fait la ligature du cordon.

Le pansement de la plaie est très simple; il consiste dans l'application de bandelettes agglutinatives, et de quelques plumasseaux de charpie recouverts de compresses et maintenus en place au moyen d'un bandage de corps médiocrement serré. Pour faciliter le plus possible le rapprochement des bords de la plaie, on fera prendre à la malade une position convenable; on lui conseillera de nourrir pour diminuer l'écoulement des lochies et surtout pour déterminer une irritation mammaire révulsive qui ne pourra qu'être très favorable à la guérison. On soumettra ensuite la femme à une diète sévère, et l'on combattra les accidents inflammatoires et nerveux par les antiphlogistiques et les antispasmodiques les

plus puissants, qui devront varier selon les circonstances. Dans tous les cas il ne pourra qu'être avantageux de prescrire des injections émollientes et anodines, faites par les voies naturelles et auxquelles on pourra joindre l'usage de fomentations et de lavements de même nature.

Lorsqu'on aura eu le bonheur de voir la plaie se cicatriser, on engagera la femme à porter constamment une ceinture ventrale bien faite, afin de soutenir les viscères abdominaux et empêcher ainsi leurs déplacements. Ces moyens ont réussi quelquefois ; M. *Nauche* (1) rapporte qu'après une opération de gastrotomie faite par *Thibaud Dubois* quelques heures après une rupture de la matrice, la femme dont l'enfant était mort, n'éprouva d'autres accidents que ceux qui sont le résultat d'un accouchement ordinaire. *Sabatier* (2) rapporte également que *Lambron* chirurgien d'Orléans a réussi dans deux cas semblables sur la même femme. La gastrotomie fut pratiquée la première fois vingt-quatre heures après la rupture, ce qui fit que l'enfant fut nécessairement retiré mort ; il survint un abcès dans le voisinage de la plaie, malgré cette complication la malade guérit et redevint même enceinte l'année suivante. La matrice s'étant rompue de nouveau, *Lambron* pratiqua une seconde

(1) *Nauche*. Maladies de Femmes, tom. I, page 267.
(2) Médecine opératoire, tome I, page 340.

fois la gastrotomie peu d'instants après l'accident; l'enfant donna quelques signes de vie, mais mourut bientôt; la mère s'étant encore rétablie parfaitement devint de nouveau enceinte et accoucha sans accident d'un enfant qui vécut. Cette opération, qui n'offre pas toujours d'aussi heureux résultats, et à laquelle il ne faut cependant pas hésiter de recourir, puisqu'elle est à peu près la seule planche de salut qui se présente dans un grand nombre de cas, a été également mise en pratique avec succès par plusieurs autres praticiens, parmi lesquels nous nous contenterons de citer MM. *Fritzel* (1), *Powel* (2), *Sommer* (3), *Mackensie* (4), *Neville* (5).

Nous terminerons ce que nous avions à dire sur ce sujet en ajoutant que la rupture de l'utérus étant un accident des plus graves, il est de la plus grande importance de recourir à tous les moyens propres à la prévenir, c'est-à-dire de faire cesser le plus possible tous les obstacles qui peuvent rendre infructueuses les contractions utérines. Ainsi, dans quelques cas, on préviendra la rupture en faisant la version, ou en ramenant l'organe gestateur dans sa rectitude normale; dans d'autres, on arrivera au même résul-

(1) Trans. of Island, t. I.
(2) Trans. of London, t. XII,
(3) Med. reposit. new. ser. t. IV.
(4) London med. gazet., oct. 1830.
(5) Med. sor of London, février 1824.

tat en incisant le col, lorsqu'il est le siége de callosité, ou en pratiquant la symphyséotomie dans les cas d'étroitesse du bassin s'opposant à la sortie du fœtus; enfin en employant tous les moyens propres à faciliter l'accouchement, tels que les bains, les injections et les vapeurs émollientes et surtout les saignées générales pratiquées à l'un des bras.

Malheureusement les ruptures de la matrice ne peuvent être le plus souvent ni prévues ni prévenues, soit parce qu'elles ont lieu subitement et sans symptômes précurseurs, soit aussi parce que les femmes n'ont auprès d'elles que des personnes peu capables de juger leur état et d'agir en conséquence.

Les trompes et les ovaires, sont aussi comme la matrice et le vagin sujettes à se rompre, lorsqu'elles deviennent le siége d'une conception extra-utérine. *Baillie* (1) rapporte l'observation d'une rupture de la trompe qui eut lieu par le développement progressif d'un fœtus qu'elle contenait et qui détermina une hémorrhagie mortelle; du reste ces sortes de ruptures qui sont très rares, réclament le même traitement que celui qui a été indiqué pour les ruptures du vagin et de la matrice proprement dite.

DES FISTULES VAGINALES.

Au moyen d'une ou de plusieurs ouvertures acci-

(1) Anatomie pathologique, chap. XXIII, sect. 5.

dentelles, le vagin peut communiquer, par sa paroi antérieure avec la vessie ou l'urètre, et par sa paroi postérieure, avec le rectum, ou tout à la fois en avant, en arrière avec chacune de ces cavités. Ces sortes de perforations constituent ce qu'on appelle les *fistules vaginales*, que l'on distingue en fistules *vagino-vésicales* et *vagino-rectales* et en fistules *vaginales* doubles ou multiples, selon la situation et le nombre de perforations du canal vulvo-utérin.

DES FISTULES VÉSICO-VAGINALES ET VAGINO-URÉTRALES.

La fistule vésico-vaginale, c'est-à-dire l'ouverture accidentelle qui permet à l'urine d'arriver dans le vagin et de s'écouler constamment par ce canal, malgré la volonté de la personne qui en est affectée, est une lésion physique qui, quoique rare, se présente néanmoins assez fréquemment pour mériter toute l'attention des hommes de l'art. Cette maladie, ou plutôt cette infirmité dégoûtante, est une des plaies les plus fâcheuses et les plus pénibles auxquelles les femmes sont exposées. En effet, les incommodités qui en résultent les portent quelquefois à un tel désespoir, qu'elles acceptent toujours sans hésiter les opérations douloureuses et tous les autres moyens de guérison qu'on leur propose. Quoique n'étant jamais mortelle par elle-même, cette affection est cependant

très grave, non seulement parce qu'elle réduit les malades à une condition déplorable, mais surtout parce qu'on rencontre presque toujours de très grandes difficultés pour en obtenir la cure radicale.

Les *causes* qui déterminent les fistules vagino-vésicales sont le plus ordinairement, le séjour trop prolongé de la tête du fœtus dans l'excavation pelvienne pendant les accouchements laborieux, surtout la compression de la partie supérieure du vagin contre la symphise du pubis, d'où résulte des escarrhes gangreneuses dont la chute produit presque toujours des perforations vaginales. On doit ajouter aux causes que nous venons de signaler, les manœuvres violentes et l'emploi du levier ou du forceps, dirigés par des mains inhabiles, le séjour prolongé d'un calcul ou d'un autre corps étranger dans la vessie, comme *Fabrice de Hilden* en cite un exemple (1); celui d'un pessaire dans le vagin (2), la cystotomie vaginale; enfin, on a vu également les fistules vésico-vaginales être produites par des ulcérations vénériennes, ou un ulcère cancéreux siégeant sur le col de la matrice, et surtout sur la cloison vagino-vésicale.

Les *signes* de cette affection, qui peut également

(1) Opera omnia, centur. I, observ. 68.

(2) Journ. complém. des sciences méd. tom. XXXVII, et plusieurs observations que nous avons citées en parlant des pessaires, dans le premier volume de cet ouvrage.

être congéniale (1), présentent peu de différences chez toutes les femmes qui en sont atteintes. Presque toujours lorsqu'elle est la suite d'un accouchement laborieux, il se manifeste une rétention d'urine que l'on combat d'abord par la présence d'une sonde dans la vessie, mais qui se transforme en une incontinence complète, à la suite de la chute d'escarrhes plus ou moins étendues qui a lieu ordinairement du septième au douzième jour.

Les fistules vésico-vaginales peuvent correspondre au canal de l'urètre, au col, ou au bas fond de la vessie. Celles de la première espèce, c'est-à-dire les urétrales, sont les moins fâcheuses, parce que l'urine ne s'écoule que pendant l'expulsion volontaire de ce liquide qui sort en partie par le méat urinaire, et en partie par l'ouverture accidentelle. L'écoulement anormal du fluide vésical, dont la quantité varie selon les dimensions de la fistule, arrosant presque sans interruption la paroi du vagin et la surface interne des grandes lèvres, détermine bientôt une vive irritation sur ces parties et y développe, soit un état érysipelateux habituel, ou une éruption de gros boutons, soit des ulcérations grisâtres et des démangeaisons cuisantes et très douloureuses, qu'il est plus difficile de prévenir que de faire cesser.

Dans le cas où la perforation se trouve au col de

(1) Dict. des sciences méd. t. LVI, page 505.

la vessie, tous les accidents que nous venons de signaler deviennent encore beaucoup plus graves, parce qu'alors il n'est pas au pouvoir des malades de retenir leurs urines, si ce n'est dans quelques cas, lorsqu'elles sont assises ou droites, parce que dans la position verticale du corps, la matrice qui est alors plus abaissée, obture souvent l'ouverture fistuleuse dont elle maintient les lèvres en contact en rapprochant la partie supérieure de l'inférieure. Pour que ce résultat soit obtenu, il faut d'une part que la perforation soit étroite, et de l'autre que les femmes tâchent d'éviter les efforts expiratoires qui ont lieu dans l'action d'éternuer, de rire, de cracher, de tousser, de se moucher, ce qui est toujours difficile pour ne pas dire impossible. En effet, chaque fois que le diaphragme refoule en bas par une contraction brusque les viscères abdominaux, la vessie qui se trouve alors comprimée, se contracte aussi, et il en résulte un changement de rapport de la fistule qui alors laisse échapper l'urine, malgré les précautions prises par la femme.

Lorsque la perforation est située au bas fond de la vessie, quelle que soit la position que prennent les malades, l'écoulement de l'urine est continuel. Dans ce cas, le plus fâcheux de tous, leurs lits, leurs vêtements, la cavité du vagin et la face interne des grandes lèvres, sont constamment baignés par le fluide vésical, et il n'est aucune précaution et aucun soin

de propreté qui puissent les garantir d'une humidité permanente et surtout de l'odeur urineuse et repoussante qu'elles exhalent. Il en est même qui sont forcées de passer leur vie sur une chaise percée, dans laquelle se trouve un vase destiné à recevoir l'urine à mesure qu'elle s'échappe du vagin.

Malgré le triste tableau que nous venons de faire des fistules vésico-vaginales, elles n'ont fixé l'attention des chirurgiens que dans le commencement de ce siècle, et on n'en trouve l'histoire complète que dans les ouvrages les plus modernes. Cependant ces sortes de perforations ont existé de tout temps, et même ont dû être plus fréquentes anciennement qu'aujourd'hui, parce qu'avant la découverte du forceps, faite dans le siècle dernier, les accouchements laborieux ne se terminaient que par les seuls efforts de la nature ou au moyen de manœuvres dangereuses. Il est évident que dans ces cas difficiles, la compression prolongée de la tête contre la cloison vagino-vésicale et la symphise pubienne, déterminaient souvent la gangrène, qui est la cause la plus ordinaire et presque exclusive de l'affection qui nous occupe.

Le *diagnostic* des fistules vésico-vaginales présente rarement des difficultés, et en général, avec l'aide du toucher et d'une exploration directe au moyen du *speculum vaginæ*, on peut presque toujours constater facilement, non seulement leur exis-

tence, mais encore leur forme, leur situation et leur étendue. Il est cependant certaines circonstances que nous croyons utiles de signaler, parce qu'elles peuvent offrir quelque obscurité dans le diagnostic.

Dans le cas où l'incontinence de l'urine ne se manifeste que peu de jours après l'accouchement, on peut confondre cet écoulement involontaire avec celui des lochies, et attribuer la diminution de l'expulsion du fluide cystique à une inflammation, ou à un autre état pathologique des glandes rénales. Il suffit d'indiquer cette cause possible d'erreur, pour ne jamais craindre d'y tomber. Il est également bon de savoir que, lorsque la fistule vésico-vaginale, qui a eu lieu à la suite d'un accouchement laborieux, est le résultat d'une déchirure ou d'une division, c'est immédiatement après la parturition que survient l'incontinence d'urine; au contraire, lorsque la perforation est déterminée par la chute d'une escarrhe, c'est seulement après la chute de cette dernière, qui arrive ordinairement du septième au douzième jour, que l'on voit se manifester l'incontinence du fluide cystique. Nous devons cependant faire observer que l'expulsion involontaire de l'urine qui succède à un accouchement difficile, n'est pas toujours le résultat d'une communication établie entre le canal vulvo-utérin et la vessie, car elle peut dépendre aussi d'une forte contusion du col vésical, sans formation d'escarrhe. Quoique dans ce dernier cas, l'inconti-

nence soit presque toujours de courte durée, elle peut quelquefois persister comme s'il existait une fistule, et apporter dans le diagnostic des difficultés que du reste il est toujours facile de lever au moyen de l'exploration des parties. Enfin, pour terminer ce que nous avions à dire sur les circonstances qui peuvent compliquer le diagnostic des fistules vésico-vaginales, nous ajouterons que la présence d'une escarrhe profonde sur le col de la vessie, ne cause ordinairement l'incontinence de l'urine, qu'après avoir d'abord déterminé la rétention complète de ce liquide.

Si aprés un accouchement laborieux, on avait quelque raison pour croire à l'existence d'une fistule, il faudrait sans différer faire cesser toute incertitude à cet égard, parce que, dans ce cas, le moindre retard peut avoir les plus graves conséquences. En effet, si l'on attend que les bords de la perforation se soient cicatrisés séparément, il ne restera plus d'espoir de guérison que dans une opération douloureuse et souvent inutile. Quand, au contraire, la certitude du mal aura été constatée de bonne heure, on pourra éspérer, soit une réunion complète par les seuls efforts de la nature, comme *Fabrice de Hilden* (1), *Paleta* (2) *Philippe Peu*(3), *Ryan* (4), *Duparcque*(5), *Blundel,*

(1) Centur. I, obser. 68 et centur. III. observ. 69.
(2) Chirurgie deuxième partie, page 21.
(3) Prat. des accouchements. page 384.
(4) Manuel of midwif.
(5) Hist. compl. des déchir. et des ruptures de l'ut. p. 328.

Capuron et d'autres auteurs en citent des exemples ; soit du moins une diminution de l'étendue de la fistule, dont la guérison radicale pourrait ensuite s'obtenir facilement au moyen de la cautérisation.

Dès qu'on a quelque motif de crainte, il est donc de la plus haute importance de s'assurer le plus tôt possible s'il existe une perforation vaginale, car immédiatement après l'accouchement le vagin et les ligaments utérins sont relâchés, la matrice est pesante, et les bords de la solution de continuité sont saignants ou en suppuration. Comme toutes ces circonstances sont très favorables au rapprochement et à l'agglutination des lèvres des fistules vagino-vesicales, les chances de guérison deviendraient alors d'autant plus nombreuses et plus sûres, que l'art seconderait en même temps les efforts de la nature, tant à l'aide d'une sonde introduite et maintenue dans la vessie, qu'avec le secours d'une position favorable, et de la compression abdominale, ou d'autres moyens qui peuvent varier selon les circonstances et dont plus tard les effets ne seraient plus aussi puissants.

Il nous reste encore à rappeler que les fistules vésico-vaginales qui ont pour cause un accouchement laborieux, sont presque toujours transversales ou obliques, celles qui tiennent à une autre cause sont plus souvent longitudinales ; abandonnées à elles-mêmes, elles tendent ordinairement à persister indéfiniment, quoique dans un certain nombre de cas,

elles se rétrécissent spontanément et même se guérissent, comme nous l'avons déjà dit, par la seule puissance de l'organisme et sous l'influence de conditions qu'il est difficile d'apprécier.

Afin d'acquérir des notions aussi exactes que possible, sur la forme et les dimensions des perforations vaginales, M. *Lallemand*, professeur à la faculté de Montpellier, a imaginé un ingénieux moyen de diagnostic, qui consiste à introduire dans le vagin un morceau de cire à mouler convenablement préparée, à l'aide d'un large porte-empreinte soutenu par les doigts index et medius de la main gauche. La cire restée quelques instants dans le vagin, se ramollit bientôt; lorsqu'on s'aperçoit qu'elle l'est suffisamment pour remplir le but qu'on se propose, on la soulève et on l'applique le plus exactement possible contre la fistule, dont l'empreinte est reproduite fidèlement en creux et en relief avec les formes variées de son ouverture et de ses bords ainsi que toutes les dispositions des parties voisines. Pour connaître la profondeur exacte du siége de la lésion, il suffit, lorsqu'on retire la cire, d'appliquer le pouce sur le porte-empreinte, au niveau de l'ouverture vulvaire. Cet excellent moyen de diagnostic auquel il est toujours bon d'avoir recours, devient l'heureux complément des connaissances préliminaires qui sont indispensables au chirurgien pour opérer avec sûreté.

Le degré de curabilité ou d'incurabilité des fistules

vésico-vaginales, varie non-seulement selon leur situation et leur forme, mais encore suivant la nature des causes qui les ont produites, leur position par rapport à l'ouverture vésicale des uretères, enfin l'absence ou l'existence d'une division de ces canaux aux points de leur abouchement dans la vessie ; le pronostic est également plus fâcheux, si l'urètre, le col cystique, la paroi vésico-vaginale sont détruits en partie ou en totalité, enfin s'il existe un renversement de la membrane muqueuse vésicale, entre les bords de la perforation.

Quoique en général on soit d'une opinion contraire, nous regardons les fistules qui ont leur siége en arrière de l'ouverture vésicale des uretères, comme étant moins graves que celles qui sont situées un peu plus en avant de ces canaux membraneux, parce que, dans le premier cas, si l'on donne à la malade une position plus ou moins verticale en maintenant dans la vessie une sonde qui dépasse peu le col de cet organe, l'urine pourra s'écouler en totalité par la sonde sans baigner la fistule ; au contraire lorsque la perforation est en avant des uretères et surtout près du col, une partie du fluide vésical arrose continuellement le point perforé, ce qui est un des plus grands obstacles à la guérison spontanée ou à l'agglutination des bords rapprochés par une opération.

Les perforations vagino-vésicales qui ont été pro-

duites par la présence d'un pessaire dans le vagin, semblent être en général moins graves que eelles qui résultent d'une autre eause, car d'après les faits que nous avons rapportés en parlant des aeeidents déterminés par ees instruments, on a vu qu'elles guérissaient souvent d'elles-mêmes, du moment où l'on avait retiré le pessaire. Du reste, les ehanees de guérison sont, outre les circonstances que nous avons signalées, en raison du diamètre de l'ouverture de la vessie; plus la perte de substancc est grande, plus on a à eraindre que l'art, quelque ingénieux qu'il soit, n'oppose à eette maladie quc des armes impuissantes.

Le traitement curatif des fistules vésieo ou urétro-vaginales, devra toujours être préeédé du traitement des causes internes qui les auraient produites, et de la eessation des eomplieations qui pourraient les entretenir. Ainsi si la perforation vaginale était le résultat d'une ulcération syphilitique, il faudrait d'abord reeourir à un traitement général et loeal, proprc à combattre les affeetions de cette nature. Si l'ouverture fistuleuse avait pour eause, la présencc dans la vessie d'un ou de plusieurs caleuls, ou dc tout autre corps étranger, ee qui pourrait être constaté par le cathétérisme ou par le toucher à travers la eloison vagino-vésicalc, on devrait pratiquer la taille par le vagin ou détruirc les concrétions urinaires contenues dans la pochc cystique au moyen de la lithotritie ou en suivant toute autre méthode qui paraîtrait plus

avantageuse. Dans le cas où il existerait un rétrécissement de l'urètre, il faudrait le traiter par les procédés appropriés à sa nature, de même que si la fistule coïncidait avec des callosités volumineuses et saillantes, des excoriations profondes ou des abcès urinaires dans les grandes et les petites lèvres, on devrait la soumettre à un traitement préliminaire consistant surtout dans l'emploi des bains et des fomentations et des lotions émollientes, dont l'action serait encore augmentée par des pansements méthodiques; enfin on ne devrait songer à obtenir la réunion et l'agglutination des bords de la fistule, qu'après l'avoir ramenée à son état de simplicité et avoir fait cesser toutes les complications capables de s'opposer au succès des tentatives que l'on pourrait faire.

Parmi les méthodes qui ont été employées ou proposées dans le traitement des fistules, se trouvent, en suivant l'ordre chronologique 1° la méthode palliative, 2° le tamponement, 3° la cautérisation, 4° la suture, 5° le rapprochement des bords de la perforation au moyen d'instruments particuliers, tels que les sondes et les pinces airignes, etc.

DE LA MÉTHODE PALLIATIVE.

La méthode palliative doit être nécessairement la plus ancienne qui ait été employée pour remédier autant que possible aux fistules vesico-vaginales, car

jusqu'à la fin du siècle dernier, la cure de ces sortes de perforations a été toujours regardée comme se trouvant au-dessus des ressources de la chirurgie, et surtout n'étant susceptible d'aucune opération.

Cette méthode ne doit être employée que lorsque la fistule est reconnue incurable, c'est-à-dire quand cette affection dépend de la présence d'un cancer très avancé de l'utérus ou du vagin et lors même qu'elle serait produite par tout autre cause, si plusieurs tentatives de guérison avaient été infructueuses.

Les moyens à employer dans ces cas malheureux consistent dans des soins de propreté, ayant pour but de protéger la cavité vaginale, les grandes lèvres, le périnée et les cuisses, contre l'acreté de l'urine, et dans l'usage de divers appareils destinés à recevoir ce liquide de manière à ce qu'il incommode le moins possible les malades.

On remplit la première indication par un usage fréquent de bains, de lotions et d'injections émollientes et narcotiques, et l'on remédie en partie à l'incommodité de l'écoulement continuel de fluide cystique, au moyen d'un instrument qui a été seulement indiqué par J. L. *Petit* sous le nom d'urinal ou *trou d'enfer;* mais dont le véritable inventeur est *Février.* Cet instrument, que l'on trouve chez tous les bandagistes, est une sorte de poche en caoutchouc qui peut être maintenue au-devant de la vulve et introduite en partie dans le vagin, de manière à recevoir

l'urine sans empêcher la femme de marcher et de vaquer à ses occupations. Pour remplir le même but, M. *Barnes* de Londres se sert d'une sorte de bouteille alongée en gomme élastique que l'on place en partie dans le vagin et qui présente à sa face antérieure une ouverture où se trouve fixée une éponge qu'il faut avoir soin de diriger du côté de la fistule, de manière à ce que l'urine puisse être absorbée. Cet urinal doit être retiré plusieurs fois par jour afin d'en chasser l'urine au moyen d'une pression. Outre plusieurs autres appareils du même genre, proposés par la plupart des fabricants de bandages et d'instruments de gomme élastique, on peut encore avoir recours à l'emploi d'éponges fines et de tampons de linge introduits dans le vagin et renouvelés plus ou moins souvent dans la journée. Enfin, dans le but de forcer les urines à s'échapper par l'urètre ou par une sonde ou par un syphon qui y serait placé, M. Chailly a proposé la position demi-fléchie sur le ventre; malheureusement ce résultat est loin d'être obtenu, et les expépériences faites par MM. *Schreger* et *Sanson* ont prouvé que les femmes placées dans la position indiquée par M. *Chailly*, n'ont pu la conserver que peu de temps, parce qu'elle était trop pénible et douloureuse, et menaçait de produire bientôt des escarrhes sur les genoux, les coudes et les épines iliaques.

MÉTHODE PALLIATIVE TEMPORAIRE.

Dans quelques cas, la méthode palliative doit n'être employée que temporairement; ainsi on doit y avoir recours dans les fistules transversales et obliques dont les bords restent encore très écartés, malgré la compression abdominale, les positions variées données à la malade et la formation du tissu inodulaire sur les lèvres de la perforation: on devra donc alors avant de commencer un traitement curatif, insister plus ou moins long-temps sur les bains et les injections tièdes, les fumigations émollientes dirigées vers les parties sexuelles, enfin, recourir à l'emploi de tous les moyens capables de faciliter l'abaissement de la matrice, et surtout le relâchement de la portion du vagin qui est située au-dessus de l'ouverture fistuleuse.

Dans le temps peu reculé où l'on croyait que la cure des fistules vésico-vaginales était toujours au-dessus des ressources de l'art, et qu'il était surtout impossible d'en tenter la cure radicale au moyen d'une opération de chirurgie, la méthode palliative employée le plus souvent dans le seul but de diminuer les incommodités d'une infirmité dégoûtante, a été quelquefois suivie de la guérison de la malade. *Fabrice de Hilden* (1) mort à Berne en 1634, rap-

(1) Opera omnia; centurie III, observation 69.

porte une cure complète obtenue de cette manière chez une dame affectée d'une fistule vagino-vésicale, survenue à la suite d'un accouchement laborieux. D'après cet auteur célèbre, la guérison fut obtenue après un traitement de huit mois, qui consista simplement dans l'usage de quelques purgatifs et de frictions sur les lombes, mais surtout dans l'emploi fréquent d'injections composées d'une décoction d'orge, de pepins de coings et de semences de fenu grec, à laquelle il faisait ajouter de l'huile d'amandes douces et du miel rosat. Voici du reste, le passage le plus important de cette curieuse observation : « *Illa autem continuò usa medicamentis (ut dixi)* « *conglutinantibus, et per intervalla etiam purgantibus, intra menses octo, non sine admiratione* « *omnium eorum quibus res cognita planè curata* « *fuit, adeò ut nunc Dei optimi maximâ gratiâ ne* « *guttula quidem urinæ involuntariæ affluat, sed à* « *vesicâ colligatur, retineatur et excernatur non* « *aliter ac si antea nunquam male affecta fuisset.* »

DU TAMPONNEMENT ET DE LA MÉTHODE DE DESAULT,

Dans le but d'obturer la fistule et de repousser en même temps sa lèvre antérieure contre la postérieure en mettant le plus possible ses bords opposés en contact pour obtenir leur cicatrisation, on a eu re-

cours à l'emploi d'un tampon de linge cylindrique et volumineux qui était introduit et maintenu dans le vagin. Ce moyen qui a d'abord été mis en usage par *Fabrice de Hilden* (1), *Hilscher* (2), *Paletta* (3), et enfin par *Desault* qui lui associa la sonde déjà proposée par *Schulzius* (4) et employée par *Boudon* (5) et *J. Paletta* (6), semble avoir réussi quelquefois, surtout dans le traitement des fistules urétrales, et de celles de la vessie qui étaient récentes, peu étendues et présentaient une ouverture transversale. Dans les cas plus graves, l'emploi du tampon vaginal est presque toujours infructueux, et échoue malgré la patience des malades et l'habileté des praticiens.

Cette méthode, qui, outre l'inconvénient d'atteindre rarement le but qu'on se propose, a encore celui d'exiger une application prolongée de six à dix mois, est décrite par *Desault* de la manière suivante :

Ce célèbre chirurgien conseille dans son traité des maladies urinaires, d'introduire dans la vessie une sonde de gros calibre et présentant des yeux large-

(1) Opera omnia. centurie I observ. 68

(2) Chirurg. de *Haller*, tome III, § 599.

(3) Chirurgic. deuxième partie (loco citato.)

(4) Deuxième supplément aux œuvres de *Frédéric Hoffmann*.

(5) Traité des accouch., conten. des observ. import. par *Nicolas Puzos*, page 138.

(6) Chirurg. (loco citato).

ment ouverts, et de fixer cet instrument dans la cavité de la poche urinaire au moyen d'une machine « en forme de brayer dont le cercle assez long pour « embrasser la partie supérieure du bassin supporte « à sa partie moyenne une plaque ovalaire qui doit « être placée sur le pubis. Au milieu de cette plaque « est une coulisse dans laquelle glisse une tige « d'argent recourbée de manière qu'une de ses extré- « mités percée d'un trou tombe au-dessus de la « vulve au niveau du méat urinaire. Cette tige peut « être fixée sur la plaque au moyen d'un écrou. » Lorsque tout était disposé comme nous venons de le dire, on faisait passer l'extrémité de la sonde dans l'ouverture de la tige se rendant à la coulisse.

Cette sorte de brayer imaginé par *Desault* était préférable au double bandage en T sur lequel on fixait les rubans portés par l'extrémité externe de la sonde et attachés ensuite aux poils de la vulve.

Les lèvres de la perforation vagino-vésicale, étaient ensuite rapprochées autant que possible, au moyen d'un tampon de linge, introduit dans le vagin et poussé de dehors en dedans, de telle sorte que l'ouverture fistuleuse devait être ainsi tout à fait obturée, et se trouver en même temps réduite à une fente transversale.

Cette méthode, la seule dont s'occupe le professeur *Boyer*, et qu'on ne doit, comme nous l'avons prouvé, attribuer à *Desault* que sous le rapport

du brayer, a été employée plusieurs fois avec succès par ce grand chirurgien, qui ne cite cependant qu'une seule observation, où il est question d'une femme qui *paraît avoir été guérie*. Comme pour obtenir quelques résultats, l'emploi permanent du tampon et de la sonde, ont nécessité des mois et même des années, nous pensons que les cures qu'on a supposées être le résultat de l'emploi de ces moyens, auraient eu lieu presque toujours spontanément ou du moins avec le seul secours d'une sonde maintenue dans la vessie.

Quoique nous rejetions en général la méthode indiquée par *Desault*, nous croyons que dans les cas de fistules parfaitement transversales, elle pourrait souvent être employée avec avantage, si on y apportait les modifications que nous allons signaler.

D'abord, avant d'introduire un tampon dans le vagin, il faudrait, pour mettre la plaie dans les meilleures conditions possibles, en cautériser les bords cicatrisés isolément, ayant soin d'agir principalement sur les angles par où commence toujours l'agglutination.

Dans le cas où les bords de la fistule seraient très écartés, c'est-à-dire si cette dernière était très large et d'une forme presque arrondie, au lieu de recourir à la cautérisation on devrait pour donner autant que possible à la perforation ovalaire la forme d'une

boutonnière qui est la plus propre à la réunion, on devrait, disons-nous d'abord, l'agrandir un peu dans le sens de son plus grand diamètre au moyen d'une petite incision d'une demi ligne ou d'une ligne de chaque côté, puis rafraîchir les lèvres de l'ouverture, comme nous l'indiquerons bientôt en parlant des autres méthodes.

Le tampon introduit dans le vagin serait une sorte de pessaire en gomme élastique, de forme conoïde et à base supérieure dont la circonférence ne se prolongerait que jusqu'à cinq ou six lignes de manière à refouler postérieurement les bords antérieurs de cette dernière, au moyen de la tension transversale qui serait produite dans le sens du plus grand diamètre de la solution de continuité; enfin le refoulement en avant, ou plutôt le rapprochement de la lèvre postérieure serait facilité par le poids de la matrice rendue un peu procidente au moyen de la position presque assise donnée à la femme et avec l'aide d'un bandage de corps qui serait également destiné à fixer la sonde et le pessaire.

DE LA CAUTÉRISATION.

Quoique paraissant d'abord n'être propre qu'à augmenter la perte de substance et l'étendue de la perforation, la cautérisation, employée avec succès par

Monteggia (1), et après lui par *Dupuytren*, constitue cependant une des meilleures méthodes de traitement que l'art puisse opposer aux fistules vésico-vaginales. Ce moyen, dont les heureux effets sont surtout remarquables lorsque la perforation est peu étendue, est digne de toute l'attention des praticiens, mais pour le voir couronner de succès, il faut savoir l'appliquer convenablement et d'après certaines règles que nous ferons bientôt connaître.

La cautérisation ne doit être pratiquée qu'avec le cautère actuel, ou le nitrate d'argent, et l'on doit toujours rejeter comme inefficaces et même nuisibles, le nitrate acide de mercure et les acides concentrés qui avaient d'abord été employés par le professeur *Dupuytren*. Le nitrate d'argent est en général préférable, et l'on ne doit recourir au fer incandescent, qui agit plus rapidement et avec plus d'énergie, que lorsque les bords de la fistule sont durs, calleux et difficiles à irriter.

Soit que l'on ait recours à l'un ou l'autre de ces deux derniers modes de cautérisation, il faudra faire prendre à la malade la position que nous avons indiquée pour l'application du speculum, c'est-à-dire qu'elle devra être renversée sur le bord de son lit garni d'alèzes, la tête soutenue par des oreillers, les cuisses fléchies sur le ventre, les jambes sur les cuisses qui seront écartées et maintenues par des aides. Cependant pour

(1) Maladies chirurgicales, tome V, page 339.

éviter que l'urine ne vienne humecter trop tôt le cautère, au moyen du feu, il serait peut-être convenable de faire placer la femme en sens inverse, c'est-à-dire du côté du ventre sur les genoux et les coudes. Si l'on adopte cette dernière méthode de cautérisation, il faudra pour protéger les tissus environnants et ne laisser que la fistule à découvert, introduire dans le vagin un spéculum cylindrique ordinaire, mais présentant dans la totalité ou une partie de sa longueur, une solution de continuité placée de manière à correspondre à la perforation vaginale. Lorsque tout sera disposé comme nous venons de le dire, on portera sur le pourtour de la fistule un gros stylet chauffé à blanc, ou un petit cautère en forme de haricot, qu'on aura le soin de ne laisser que peu d'instants afin d'irriter seulement les bords de la plaie et non de les éroder et de les détruire en prolongeant trop l'application du feu. Le professeur *Delpech*, qui, comme le docteur *Bellini* de Rovigo, a employé avec succès le cautère actuel, pense que ce dernier doit être porté moins sur la portion vésicale que sur la circonférence vaginale de la fistule, afin de ménager la perte de substance, tout en déterminant l'irritation nécessaire pour opérer la coarcation des lèvres de la plaie et en opérer la cicatrisation.

Pour pratiquer la cautérisation au moyen du nitrate d'argent, la malade sera placée comme nous l'avons indiqué plus haut, et l'on appliquera également le spéculum, d'après les règles que nous venons

de faire connaître. Après avoir fixé entre les mors d'une pince à anneau et au moyen d'un fil une portion d'un cylindre de nitrate d'argent fondu, placé de telle sorte qu'il forme un angle droit avec les branches de l'instrument, le chirurgien portera le caustique dans la perforation vagino-vésicale, le promènera pendant un temps convenable sur les bords et sur les angles de la plaie, qu'il devra surtout s'attacher à bien cautériser ; car c'est par eux, comme nous l'avons déjà dit, que commence toujours l'agglutination ; pour éviter que la main ne masque les parties et pour rendre toujours très-facile l'opération, quelles que soient la forme, l'étendue et la situation de la fistule, nous avons fait faire un porte-caustique dont le manche est recourbé presque à angle droit, tandis que son extrémité antérieure est mobile, de manière à pouvoir agir dans toutes les directions. Cet instrument, qui ressemble à un Z et auquel nous donnons le nom de *vagino-causte*, n'est qu'une modification du porte-caustique, qui nous sert tous les jours pour cautériser les amygdales et les parois de la cavité pharyngienne, (Voyez le dessin que nous en donnons à la fin de ce volume.)

De quelque manière que la cautérisation ait été pratiquée, il est utile de recourir immédiatement à des injections émollientes et de placer la malade dans un bain tiède, afin de diminuer la douleur qui résulte

de l'opération, et de prévenir l'inflammation trop intense qui pourrait survenir.

En général, une première cautérisation avec le nitrate d'argent ne suffit pas pour aviver les bords de la fistule, surtout s'ils sont durs et calleux : s'il en est ainsi, il faut répéter l'opération, en mettant entre chaque cautérisation quatre ou cinq jours d'intervalle pour laisser tomber l'escharre; enfin, lorsque l'avivement sera opéré, on introduira et on maintiendra une sonde dans la vessie, de manière à ce que l'urine, s'échappant librement dans un vase disposé au-devant de la vulve, ne s'oppose pas au rapprochement des parties. Tant que l'occlusion de la perforation ne sera pas complète, on reviendra aux mêmes moyens, principalement si l'on s'aperçoit que le diamètre de la fistule se rétrécit de plus en plus.

Nous terminerons en disant que la cautérisation favorise la cicatrisation des fistules vagino-vésicales, par trois modes d'action simultanée : 1° en avivant les bords de la plaie et en la mettant ainsi dans des conditions favorables à leur agglutination ; 2° en provoquant leur tuméfaction et en produisant un tissu nouveau (tissu inodulaire), dont la coarctation contribue puissamment au rapprochement des parties ; 3° en modifiant la nature et la vitalité des muqueuses vagino-vésicales, et en détruisant l'épithélium qui, dans l'état naturel, est le principal obstacle qui s'oppose à leur adhésion lorsqu'elles sont mises en con-

tact; enfin, nous ajouterons que la cautérisation n'est ordinairement suivie de succès, que dans les fistules étroites et les fistules urétro-vaginales ; comme elle échoue presque constamment dans les perforations étendues qu'on a le plus d'intérêt à guérir, on doit la rejeter dans les cas graves, et y recourir *toujours* pour terminer la cure des fistules qu'on est parvenu à rétrécir par une des méthodes que nous avons encore à faire connaître.

DE LA SUTURE.

L'application de la suture, comme moyen curatif des fistules vaginales, ne date que des premières années de ce siècle. *J.-L. Petit* (1) la trouvait tellement impraticable, qu'il s'éleva fortement contre l'avis d'un médecin appelé en consultation, avec plusieurs autres, chez une dame affectée d'une fistule vésico-vaginale. Ce célèbre chirurgien, mort en 1750, dit, dans ses œuvres posthumes publiées par *Lesne*, son ancien élève, que le consultant qui proposa la suture, et qui du reste était seul de son avis, se rendit au sentiment commun, parce qu'il lui fit sentir « non « seulement la difficulté de faire cette opération dans « un lieu si profond et si caché, mais aussi la néces-

(1) Traité des maladies chirurg. et des opérat. etc. tome III. page 87.

« sité de rafraîchir les bords dans toute la circonfé-
« rence du trou et l'impossibilité de l'exécuter exacte-
« ment. »

D'après M. *Chélius*, dont parle M. le professeur *Velpeau* (1), la suture aurait été proposée par *Roonhuyzen*, accoucheur et chirurgien d'Amsterdam, qui vivait vers le milieu du XVIIe siècle, et qui s'est surtout fait connaître par l'invention du levier, qui fut si long-temps un mystère pour le public. Le procédé de *Roonhuyzen*, qui paraît lui avoir été indiqué par son neveu, consiste à aviver les bords de l'ouverture fistuleuse, à les réunir à l'aide d'aiguilles faites avec l'extrémité cornée des plumes de cygne, qui seraient maintenues par la suture entortillée, enfin, à remplir la cavité vaginale au moyen d'une éponge. Il paraîtrait que plus tard ce procédé aurait réussi à *Fatio* et à *Walter*; mais les preuves qu'on a de leurs succès sont trop peu concluantes et trop peu authentiques pour qu'il ne reste aucun doute à cet égard.

En 1802, M. *Lewziski* proposa la suture, dans une thèse soutenue à la faculté de médecine de Paris. L'instrument qu'il conseille pour faire l'opération est tout simplement une sonde plate un peu courbée et percée de deux fentes vers son extrémité vésicale, de manière à donner passage à une aiguille qui est également courbe. Lorsque la sonde est introduite dans

(1) Médecine opératoire, tome III, page 648.

la vessie, on pousse l'aiguille par le vagin à travers la lèvre postérieure de la fistule, au moyen d'un ressort de montre renfermé dans la cavité de l'instrument. L'aiguille qui a traversé ainsi la cloison vésico-vaginale est aussitôt extraite par la vulve, en entraînant un fil dont on fait un point de suture, après avoir perforé la lèvre opposée de la plaie; enfin, lorsqu'on a placé de la même manière un nombre suffisant de fils pour maintenir en contact les bords de la division, on les noue et on les serre au moyen d'un serre-nœud.

En 1812, M. *Nægèle*, professeur à Heidelberg, employa avec succès la suture pour l'application de laquelle il propose plusieurs procédés que nous allons faire connaître quand nous aurons exposé la méthode qu'il suit pour aviver les bords de la plaie, et qu'il exécute de la manière suivante : Après avoir introduit dans la vessie une sonde qui doit y être maintenue immobile, il porte dans le vagin, en les conduisant sur le doigt indicateur, des ciseaux à pointe aiguë, avec lesquels il traverse les tissus, de manière à resciser les bords de la fistule qui sont soutenus par la sonde. Si l'avivement ne peut être complété avec les ciseaux, il l'achève alors au moyen d'un bistouri à lame cachée, mais qui est rendue saillante aussitôt qu'elle se trouve en rapport avec les parties sur lesquelles elle doit agir. Lorsque les bords de la fistule sont convenablement avivés, le professeur *Nægèle* procède à la liga-

ture 1o au moyen d'une aiguille analogue à celle de *Deschamp*, pour la ligature de l'artère poplitée. Cette aiguille, montée sur un anneau dans lequel on engage le doigt indicateur de la main droite, est portée sur le doigt indicateur de la main gauche qui en recouvre la pointe, jusqu'à ce qu'elle soit arrivée vers le point du bord de la fistule qu'on veut perforer. Alors le doigt qui a cessé de couvrir la pointe de l'aiguille soutient la lèvre de la plaie pendant la perforation, qui a lieu d'abord du vagin vers la vessie, puis de la vessie vers le vagin pour le côté opposé.

Aussitôt que la pointe de l'aiguille se présente, après avoir traversé la cloison vésico-vaginale, on dégage le fil qui est porté par un chas, et l'on retire l'aiguille elle-même par un mouvement rétrograde afin de l'armer d'un nouveau fil pour placer autant de suture qu'on l'a jugé nécessaire. Enfin, on termine l'opération en réunissant tous les chefs que l'on tortille sur eux-mêmes et que l'on fixe ensuite au dehors par un emplâtre agglutinatif, puis, pour soutenir la paroi antérieure du vagin, on introduit dans sa cavité une certaine quantité de charpie.

M. *Nægèle* propose encore un moyen qui consiste à traverser les bords de la fistule avec des aiguilles courbes portées au moyen d'une pince; lorsque les aiguilles ont perforé la cloison vaginale, on les laisse en place, et après avoir retiré la pince, on les en-

toure d'un fil ciré qui rapproche les lèvres de la plaie, à la manière de la suture entortillée.

Enfin *M. Nœgèle* a fait connaître un troisième procédé, qui diffère si peu de celui de M. *Lewzinski*, que nous nous bornons à dire qu'il s'exécute également au moyen d'une sonde courbe renfermant un ressort terminé par un fer de lance dont le chas porte un fil ciré. Le mécanisme et l'application de l'instrument sont d'ailleurs les mêmes que dans le procédé de M. *Lewzinski*.

M. *Ehrmann* de Strasbourg et après lui M. *Deyber*, ont obtenu la guérison de fistules vagino-vésicales, au moyen de la suture appliquée avec le secours d'une aiguille courbe qui fut portée dans le vagin sur un porte-aiguille semblable à celui dont M. le professeur *Roux* fait usage pour la staphyloraphie. Les fils furent croisés de telle sorte que le premier avait un bout qui sortait par le côté droit et l'autre par le côté opposé. Le second fil fut placé en sens inverse, puis tous les chefs furent noués de chaque côté.

M. *Schreger*, qui a obtenu un très beau résultat de la suture, de Pelletier, l'a mise en pratique à l'aide d'une aiguille courbée et d'une pince spéciale; lorsque les fils furent mis en place, il en passa les extrémités à travers un certain nombre de grains de chapelet et fit ensuite un nœud sur le dernier.

M. *Chranam* a également pratiqué la suture avec

succès en employant à peu près le même procédé que MM. *Ehrmann* et *Deyber* : au bout de cinq jours, on trouva les fils tombés sans que les nœuds se fussent déserrés et la guérison était complète.

Enfin le 28 août 1828, M. *Malagodi* de Bologne a été aussi heureux que les praticiens que nous venons de citer en appliquant la suture pour réunir les bords d'une fistule vésico-vaginale, cet habile chirurgien décrit lui-même l'opération dans les termes suivants :

« J'introduisis l'index de la main droite recouvert d'un doigtier en peau, dans l'ouverture fistuleuse ; je fléchis les deux dernières phalanges en guise de crochet, et amenai le plus possible, en le tirant par en bas, le bord calleux gauche de cette ouverture à l'orifice du vagin. Je pris alors de la main opposée un bistouri droit, et je coupai sur mon doigt au moyen d'une incision semi-lunaire, le bord que j'avais fait saillir. Je répétai la même opération du côté opposé en changeant toutefois de main, c'est-à-dire en introduisant et opérant avec la main droite. En rafraîchissant ainsi les bords de la plaie, je n'avais pas encore atteint le but que je m'étais proposé, d'établir, comme dans toutes les blessures, la réunion par première intension. Trois cordonnets portant à chacune de leurs extrémités une aiguille très courbe et très petite, et une tige sur laquelle les aiguilles pouvaient être fixées et laissées à volonté, furent les instruments

dont je m'étais muni pour pratiquer cette réunion. J'introduisis l'indicateur droit dans l'ouverture avivée, de manière que le dos de la main regardait le corps de la malade, le pouce en bas et le petit doigt en haut, et je ramenai sous mes yeux la lèvre gauche de l'ouverture vagino-vésicale. Pressant alors de la main gauche une aiguille fixée sur son manche, je l'enfonçai près de l'angle postérieur de la plaie, en la faisant pénétrer avec le secours du doigt d'arrière en avant. Après cette première aiguille, j'en passai une seconde de la même manière, puis une troisième, à des distances égales ; de telle façon qu'ayant répété la même opération du côté opposé, je nouai les cordons deux à deux, et je pus amener ainsi à un contact immédiat et dans toute leur longueur, les bords de la plaie que j'avais appropriés au moyen de deux incisions semi-lunaires.

Je remis la malade dans son lit en lui recommandant de rester couchée sur le dos. Je lui introduisis dans la vessie, par l'urètre, une sonde à demeure, destinée à faire écouler dans un vase placé plus bas toute l'urine qui serait versée par les uretères. Cette précaution me paraissait indispensable pour que la stagnation de l'urine ne troublât pas la réunion immédiate que je voulais obtenir.

Pendant le cours de la seconde journée, l'urine passa par la sonde et pas une goutte par la plaie. Il n'en fut pas de même le lendemain, où je trouvai

baigné de ce liquide, le peu de charpie que j'avais introduit dans le vagin ; je replaçai la malade le quatrième jour, dans la position de l'opération. Je vis que les deux points de suture postérieurs s'étaient maintenus; je les enlevai, et la réunion se montra parfaitement accomplie là où les bords étaient restés en contact. Le point antérieur au contraire avait déchiré la lèvre gauche de la plaie; il en était résulté qu'un tiers à peu près de l'ouverture primitive ne s'était pas cicatrisé. Je ne désespérai pas néanmoins d'obtenir la guérison complète, bien que la cautérisation par le nitrate d'argent n'eût produit aucun avantage, quand l'ouverture fistuleuse permettait le passage du doigt. J'espérai que le même moyen serait plus efficace alors que cette ouverture avait été réduite au diamètre d'une sonde ordinaire. J'eus donc recours à la cautérisation, et au bout de trois semaines environ, j'obtins une amélioration sensible. La sonde fut constamment laissée dans la vessie. Je continuai encore l'emploi du caustique pendant quelques semaines, et la malade fut complètement guérie vers le commencement de janvier. »

Quoique la suture soit d'une application très difficile, et lors même que son emploi n'a pas été couronné de succès entre les mains d'aussi habiles praticiens que MM. *Roux*, *Dieffenbach*, *Dugès*, *Robouham* et quelques autres, nous pensons qu'elle est encore le meilleur moyen à employer dans les

cas de fistules transversales ou obliques dont les bords ne peuvent être rapprochés convenablement, et la cure obtenue soit avec la cautérisation soit avec le secours des méthodes dont nous avons encore à nous occuper.

PROCÉDÉS DE L'AUTEUR.

Pour rendre l'emploi de la suture d'une application incomparablement plus facile, nous avons imaginé divers instruments, et divers procédés qui varient selon la direction de la perforation vagino-vésicale.

Lorsque l'ouverture est d'un grand diamètre, et se trouve dans le sens longitudinal, c'est-à-dire antéro-postérieur, nous avons recours à la suture du pelletier ou à surget qui est employée avec avantage pour la réunion des plaies des intestins et de l'estomac, et nous procédons à son application de la manière suivante :

D'abord, après avoir fait placer la femme comme nous l'avons indiqué en parlant de la cautérisation, et avoir mis à découvert la fistule au moyen d'un *speculum vaginæ* présentant une solution de continuité dans le sens de sa longueur, nous en saisissons une des lèvres avec les mors d'une pince, qui sont rendus mobiles et disposés de telle sorte qu'ils peuvent agir dans tous les sens, quelle que soit la di-

rection de la plaie. Le bord qui est soutenu par la pinee est ensuite avivé au moyen d'une petite lame boutonnée et à deux tranchants de neuf à dix lignes de longueur; cette lame, montée verticalement et à angle droit sur une tige de fer de quatre à cinq pouces de long, et se terminant par un manche recourbé comme eelui du spéculum, est susceptible d'être tournée de manière à pouvoir inciser d'avant en arrière, de droite à gauche ou obliquement selon les circonstances.

Pour *rafraîchir* les bords de la fistule, nous avons également imaginé une longue pince dont les mors, l'un tranchant et l'autre terminé par une petite plaque de plomb destinée à soutenir les tissus pendant leur section, sont également mobiles comme ceux de l'autre pince, et disposés de manière à pouvoir agir dans toutes les direetions. Toutefois, il est bon d'ajouter que, quel que soit celui des deux instruments que nous choisissions, nous avons la précaution, au moyen de la petite lame à deux tranchants, d'agrandir d'une demi-ligne ou d'une ligne au plus, les angles de la fistule, soit afin que l'avivement soit mieux fait vers ces points par où commence toujours la cicatrisation, soit aussi pour donner le plus possible à la perforation, la forme d'une boutonnière qui est très favorable à la réunion et à l'agglutination des parties.

Lorsque nous avons achevé ce premier temps de l'opération, qu'on regarde avec raison comme le plus

difficile et celui d'où le succès dépend en grande partie, nous rapprochons les bords rendus sanglants, au moyen d'une aiguille tournée en spirale, comme un tire-bouchon. Cette aiguille, fixée sur un manche d'ivoire, présente à son extrémité perforante, un petit fer de lance de trois ou quatre lignes de longueur, et à son autre bout, c'est-à-dire à son point d'union avec l'instrument proprement dit, un chas armé d'un fil qui se loge dans une rainure pratiquée sur le bord externe de chaque circonvolution, et qui est ensuite arrêté près du manche au moyen d'une petite vis à tête saillante.

Nous introduisons l'instrument perforateur ainsi armé de sa ligature, dans la cavité du spéculum, jusqu'au niveau de l'angle inférieur de la fistule, puis, en commençant par la face vésicale, nous perforons la lèvre gauche, à deux lignes de son bord libre, et en faisant exécuter au manche de l'aiguille un demi mouvement de rotation avec le pouce et l'index, et ensuite un petit mouvement de bascule de haut en bas; et de gauche à droite, nous piquons le bord opposé qui est traversé alors en sens inverse, c'est-à-dire du vagin à la vessie. Nous continuons le même mécanisme jusqu'à ce que les lèvres de la perforation soient complétement rapprochées dans toute leur étendue, puis, avec les mors de la pince qui a servi à fixer les bords de la fistule pendant l'opération, nous saisissons le fer de lance que nous

rendons immobile, pendant que nous faisons exécuter au reste de l'aiguille un léger mouvement de rotation du côté opposé. Pour empêcher que la ligature ne se relâche, les deux bouts du fil, ramenés l'un et l'autre à la vulve, sont tordus ensemble dans toute leur longueur, puis fixés près de la suture avec un peu de cire à cacheter que nous faisons chauffer jusqu'à ce qu'elle soit un peu ramollie. Lorsque nous supposons que l'agglutination est achevée, nous coupons les fils au-dessus du point où ils sont unis par la cire, puis nous les retirons avec précaution.

Cette méthode a l'avantage d'être d'une application beaucoup plus facile que toutes les autres, et de réunir parfaitement les lèvres des fistules longitudinales, au moyen d'une couture à surget dont les points sont encore plus égaux et plus réguliers que s'ils étaient faits sur une étoffe, sans aucune gêne et par une aiguille à coudre. Nous croyons d'ailleurs rappeler à nos lecteurs que c'est à l'emploi de la suture à surget que M. *Schreger* est redevable du succès que nous avons signalé plus haut.

Comme notre aiguille en spirale n'est applicable que dans les cas de fistules longitudinales, nous avons imaginé d'autres aiguilles pour employer la suture dans le traitement des perforations vagino-vésicales, transversales et plus ou moins obliques.

Ces aiguilles, qui sont au nombre de deux, présen-

tent les dispositions suivantes : leur tige, montée sur un manche recourbé à angle obtus, forme une espèce de pince à partir de leur tiers supérieur, et se divise en deux branches qui se recourbent ensuite verticalement à angle droit, puis qui, à la distance de huit à neuf lignes, se recourbent de nouveau d'environ une ligne, pour saisir par leur rapprochement opéré au moyen d'un long coulant, un petit fer de lance de trois lignes de longueur dont la pointe redescend parallèlement à la tige ascendante. Cette extrémité perforante de l'instrument offre à son autre extrémité, un chas, dans lequel est introduit un fil qui se loge dans une rainure pratiquée le long de la tige pour se fixer au moyen d'une petite vis à tête placée près du manche. La seule différence qu'il y ait entre ces deux aiguilles, c'est que le fer de lance de celle qui doit servir pour placer le fil à travers le bord postérieur de la fistule, redescend au-devant de la tige verticale qui les supporte, tandis que l'aiguille destinée à placer la ligature sur la lèvre la plus rapprochée de la vulve, est terminée par un fer de lance qui est en-deça, c'est-à-dire au-devant de la même tige. (Voyez les planches à la fin de ce volume.)

Lorsque les bords de la fistule sont rendus sanglants, comme nous l'avons indiqué plus haut et avec le secours des instruments que nous avons fait connaître, nous portons dans la cavité du spéculum jusqu'au niveau de la fistule, celle des aiguilles dont

l'extrémité perforante est au-delà de la tige verticale; puis, après avoir introduit cette dernière dans la vessie par l'ouverture fistuleuse, nous abaissons la totalité de l'instrument jusqu'à ce que nous ayons senti une légère résistance produite par la perforation de la lèvre postérieure, qui doit être faite à deux ou trois lignes de son bord, non en appuyant fortement, ce qui exposerait à une déchirure, mais en exécutant quelques petits mouvements de latéralité. Alors, après avoir ramené la coulisse qui tenait les branches rapprochées, et avoir dégagé le fil encore fixé à l'instrument, nous retirons ce dernier du spéculum, puis, au moyen de la pince à mors mobile qui nous a servi à soutenir les parties pendant leur avivement et leur perforation, nous saisissons le petit fer de lance qui fait une saillie dans le vagin, et nous le ramenons vers la vulve, pour le séparer du fil dont un des chefs est retiré de la plaie.

Lorsque nous avons appliqué sur le bord postérieur de la fistule autant de ligatures qu'il en faut, nous en plaçons le même nombre, avec l'autre aiguille, sur la lèvre antérieure, mais nous avons le soin que chaque suture soit faite avec le même fil, c'est-à-dire que le plus long des chefs du premier fil, placé à la lèvre postérieure, serve pour le point opposé et correspondant du bord antérieur de la perforation, et de même pour les autres. Enfin, lorsque tous les fils sont placés sur les deux bords de la fistule, nous

reconnaissons facilement les bouts qui se correspondent et doivent être liés entr'eux, parce que nous avons eu le soin de mettre un fil blanc pour la première ligature, un rouge ou d'une autre couleur tranchante pour la seconde, un noir pour la troisième, etc. Cette précaution qui peut paraître puérile, ou du moins inutile à quelques personnes, abrège de beaucoup le temps que l'on met à reconnaître les chefs des ligatures. Cela étant fait, nous réunissons les fils de la même couleur par un nœud double, si c'est possible, ou si nous éprouvons trop de difficulté, par un nœud simple que nous empêchons de se lâcher en tortillant les deux bouts de fil jusque vers la suture, et en les fixant l'un à l'autre avec un peu de cire ordinaire ou de cire à cacheter rendue molle par la chaleur. Si rien ne vient troubler le travail de l'agglutination, elle peut être achevée du quatrième au cinquième jour, mais à moins que quelques circonstances ne commandent le contraire, il faudra bien se garder d'examiner les parties au moyen du spéculum avant le huitième jour, encore faudra-t-il y apporter le plus grand ménagement, et se servir d'un spéculum plus petit et présentant une plus large solution de continuité dans le sens de sa longueur. Afin d'éviter encore mieux toute espèce de tiraillement, on devra tâcher d'explorer la plaie au moyen d'un gorgeret ou en écartant les parois vaginales avec les doigts. Si l'on se pressait trop pour

s'assurer de l'état des parties, on compromettrait le succès de la réunion, ce qui est déjà arrivé, surtout après la cautérisation ; on pourra ôter le huitième jour les deux ligatures placées aux deux angles de la plaie, et deux ou trois jours plus tard on couperait les autres. En général, pour les fistules les plus étendues, trois ligatures suffisent, bien rarement on en met plus de quatre ; de long ciseaux à lames très étroites et à pointes mousses, coupent les fils, et pour en débarrasser les parties, on les saisit avec une pince, ce qui se fait ordinairement avec facilité.

Le procédé que nous venons de décrire pour remédier aux fistules transversales et obliques, sur lesquelles la cautérisation n'aurait pas réussi, est également applicable aux fistules longitudinales, si, pour réunir leurs bords, on préférait la suture à points séparés à la suture du pelletier au moyen de notre aiguille en spirale.

Nous croyons donc pouvoir affirmer que les instruments et les modifications que nous proposons, ont l'avantage de rendre plus faciles, plus prompts, et toujours praticables, l'avivement et la réunion des bords de toutes les fistules vagino-vésicales, quelle que soit leur forme, leur étendue et leur situation. En effet :

1° L'avivement des fistules transversales et obliques, qui est le temps le plus long et le plus difficile de l'opération, se fait facilement et assez vite, soit

au moyen de notre couteau à lame verticale et à deux tranchants qui prennent la direction que l'on veut, soit avec notre pince tranchante, dont les mords mobiles sont disposés de manière à couper d'arrière en avant, d'avant en arrière, de droite à gauche et obliquement.

2° La réunion des bords s'opère également avec facilité, avec le secours de notre aiguille en spirale, dans les fistules longitudinales, et avec nos deux aiguilles à tige et à manche recourbés qui sont terminées par un petit fer de lance, qui peut se placer sur les bords de toutes les fistules vaginales quelle que soit leur direction.

3° Notre pince qui est destinée à soutenir les bords de la plaie pendant leur avivement par l'instrument tranchant et leur perforation par les aiguilles, est applicable également dans toutes les directions, et notamment pour saisir la lèvre antérieure des fistules transversales et obliques, ce qui était impossible au moyen de toutes les autres pinces. Enfin nous ajouterons que notre cautère actuel mobile et coudé et notre porte-nitrate d'argent, ayant la même forme, rendent plus facile et plus commode la cautérisation par laquelle on doit toujours commencer le traitement des fistules vaginales communiquant avec la vessie ou le rectum.

DU RAPPROCHEMENT DES BORDS DES FISTULES VAGINO-VÉSICALES, AU MOYEN D'INSTRUMENTS PARTICULIERS ET SANS LE SECOURS DE LA SUTURE.

En 1826, M. le professeur *Lallemand*, cherchant à combiner la réunion immédiate de la plaie, avec la cautérisation préalable de ses bords, eut recours aux moyens suivants :

D'abord, il cautérisa, jusqu'à ce que les lèvres de la fistule fussent modérément enflammées, au moyen du nitrate d'argent fixé sur une bague portée sur le doigt indicateur; puis il introduisit dans la vessie par l'urètre une sonde d'argent appelée *sonde airigne* qui a pour but de procurer un écoulement à l'urine, et qui contient dans sa cavité des crochets recourbés, et mus par une vis placée également dans l'intérieur de l'instrument, de manière à sortir à volonté par les yeux de la sonde pour aller s'implanter dans la lèvre postérieure de la fistule à six lignes au-delà de son bord. Un doigt porté dans le vagin, servit à soutenir la paroi antérieure de ce canal, l'empêcha de fuir et facilita la pénétration des crochets. Lorsque ceux-ci eurent saisi solidement la cloison vésico-vaginale, une plaque d'argent qu'un ressort à boudin poussait avec force vers le bec de la sonde et qui avait été maintenue jusque-là à son pavillon, fut abandonnée à

elle-même. Une couche épaisse de charpie placée au-devant du méat urinaire, reçut l'effort de la plaque qui refoulait en arrière le canal de l'urètre et le bord antérieur de la fistule, tandis que la lèvre postérieure était attirée en avant par les crochets dont il a été question. L'ingénieux et savant auteur du procédé et de l'appareil qui viennent d'être décrits, a publié une observation d'une fistule vésico-vaginale ancienne qui fut guérie par leur application ; mais il paraîtrait d'après M. le professeur *Velpeau* (1) que le succès ne s'est pas soutenu, et que la malade ainsi que quelques autres opérées de la même manière, ont vu leur infirmité se reproduire comme avant l'opération. On ne peut rien conclure d'ailleurs des résultats satisfaisants qui furent d'abord obtenus ; car comme l'opération avait été commencée et finie par la cautérisation, il pourrait très bien se faire qu'en réalité les premières réussites fussent dues à ce moyen qui compte un assez grand nombre d'exemples de guérison complète. Nous ajouterons encore que d'autres tentatives faites avec l'appareil de M. *Lallemand*, ainsi que celle dont nous avons été témoin en 1829 à l'hôpital Beaujon, n'ont pas donné les résultats heureux qu'on s'était d'abord promis.

L'illustre *Dupuytren* a mis en usage avec suc-

(1) Médecine opératoire, tome III, page 654.

cès un instrument consistant dans une grosse sonde de femme qui présente sur ses côtés deux onglets s'ouvrant comme deux ailes ou se fermant tout à fait, selon que l'on tire ou qu'on pousse une tige centrale flexible et chargée de la faire mouvoir. Lorsque l'instrument fermé est introduit dans la vessie, on écarte et l'on fixe les onglets mobiles au moyen de la tige centrale, puis on le ramène à soi comme si on voulait le retirer disposé comme nous venons de l'indiquer. Les onglets restés écartés empêchent que la sonde ne s'engage dans l'urètre, mais ils ramènent en avant la lèvre postérieure de la fistule, en même temps qu'on opère le refoulement en arrière de l'urètre et de la lèvre antérieure, au moyen d'un tampon de charpie ou de linge, placé entre le méat urinaire et la plaque externe de l'instrument. Ce procédé, qui a l'avantage de ne perforer ni le vagin ni la vessie, ne nous semble pas susceptible de pouvoir rapprocher parfaitement les bords de la fistule, et il est probable que les succès qui ont suivi son emploi sont dus à la cautérisation dont il peut devenir un accessoire utile.

M. *Laugier* a inventé une pince airigne qui est destinée à rapprocher les bords de toutes les fistules, et qui, à l'opposé de celle de M. *Lallemand,* agit du vagin à la vessie en changeant la direction de ses crochets, selon que la perforation est transversale ou longitudinale. Dans le premier cas, la pince airigne présente deux branches parallèles qui peuvent glisser

l'une sur l'autre et être séparées, et qui sont terminées à leur extrémité saisissante par un double crochet destiné à s'implanter dans les bords postérieur et antérieur de la fistule. Lorsque les parties sont saisies, un mécanisme assez simple rapproche les crochets opposés de manière à affronter les lèvres de la solution de continuité. Dans les fistules longitudinales, il faut que les deux crochets de chaque griffe soient parallèles à l'axe du corps, et l'extrémité qui les supporte, coudée sur le bord. Enfin, la pince devrait avoir des branches plus ou moins courbées, si la fistule avait une direction oblique. Lorsque la coaptation des parties est opérée, on maintient le tout avec de la charpie disposée dans l'intérieur du vagin. Le procédé de M. *Laugier*, qu'on nous a dit avoir été depuis peu employé par lui-même sans succès, présente comme les autres des inconvénients qui ont été parfaitement signalés par M. *Velpeau*, et que nous nous abstenons de reproduire pour ne pas dépasser les limites que nous avons peut-être déjà franchies. C'est également pour cette raison que nous ne décrivons pas le procédé et les instruments que le docteur *Dufresne-Chassagne* a proposés dans la thèse qu'il a soutenue à la faculté de Paris, le 30 janvier 1834, et que l'on pourra consulter avec fruit.

Il nous reste à parler des instruments inventés par M. *Récamier*, et qui nous ont été montrés par cet habile et célèbre praticien. L'un de ces instru-

ments, destiné à l'avivement des bords de la fistule, présente deux tiges qui glissent l'une sur l'autre. La plus grande de ces tiges, creusée dans toute sa longueur, est terminée à son extrémité vésicale par une petite plaque carrée et se recourbant supérieurement à angle droit, de manière à s'appliquer contre une des lèvres de la perforation vagino-vésicale, et à l'aviver au moyen d'une section faite par une petite lame tranchante qui se trouve à l'extrémité de la tige pleine, glissant dans la première. Un autre instrument qui diffère peu du précédent, est employé pour la section de l'autre bord. Lorsque ce temps de l'opération est achevé, une sorte de petit forceps d'acier, terminé par plusieurs griffes d'argent, est destiné à réunir les bords de la fistule, au moyen du rapprochement des deux branches de l'instrument. Quoique ces divers moyens proposés par M. *Récamier* soient très ingénieux, nous pensons qu'ayant été faits pour un cas particulier de fistule longitudinale, ils auraient besoin de plusieurs modifications, pour être applicables, dans les cas de fistules obliques et transversales.

Nous terminerons ce que nous avions à dire sur le traitement chirurgical des fistules vagino-vésicales en ajoutant, que pour suppléer aux airignes qui ne s'appliquent que difficilement dans les fistules longitudinales, on pourrait dans ce cas se servir d'une aiguille en spirale comme celle dont nous avons déjà

parlé, avee eette différence qu'elle devrait être sans canelure et faite sur les dimensions de la fistule, afin qu'une fois placée, elle puisse rester à demeure et maintenir rapprochés les bords de la plaie, beaueoup mieux qu'avec toutes les sondes et les pinees airignes. Le fer de lanee qui termine l'aiguille doit être retiré lorsque cette dernière est fixée à la eloison vagino-vésieale, et quand l'opérateur eroit que la eonsolidation, est suffisante; il ajuste de nouveau le manehe qui avait été également retiré et qui avait servi à plaeer l'instrument, puis il dégage l'aiguille proprement dite, par des mouvements de rotation sur elle-même, et en suivant une marche inverse à celle qu'on lui avait imprimée pour la fixer sur les lèvres de la fistule.

Quelque soit le proeédé employé pour le traitement des fistules vaginales, on maintiendra dans la vessie une sonde, et on joindra à ce moyen la compression abdominale, une position convenable donnée à la femme, enfin tout ce qui peut favoriser la coaptation des parties et l'éeoulement de l'urine par le canal de l'urètre.

Enfin, nous avons eneore à parler d'un moyen que M. *Jobert de Lamballe* semble avoir appliqué avec succès, c'est l'obturation d'une fistule peu profonde dans le vagin, au moyen d'un lambeau pris sur la face interne d'une des grandes lèvres par une dissection faite avee soin, puis renversé d'avant en

arrière et maintenu sur la perforation anormale, avec des points de suture.

Voyant échouer presque tous les moyens chirurgicaux employés pour le traitement des fistules vagino-vésicales, un de nos jeunes praticiens des plus distingués, M. *Vidal*, de Cassis, a eu l'idée d'oblitérer le vagin pour en faire un annexe de la vessie et une sorte de bas fond de cet organe. Ce moyen, qui a été employé par son auteur, le 5 juillet 1834, à l'hôpital des vénériens, sur une femme dont la cloison vagino-vésicale était largement perforée avec grande perte de substance, s'exécute au moyen de deux fortes aiguilles droites, qui sont montées sur un petit manche d'ébène, et dont l'extrémité perforante, disposée en forme de lance, présente à son centre un chas assez grand pour recevoir un fil double. Après avoir avivé toute la circonférence de l'orifice vaginal, une des aiguilles est enfoncée à trois lignes de la surface sanglante, un peu en dedans de la petite lèvre droite, et aussitôt que la lance fait saillie dans le vagin, on saisit avec une pince à disséquer l'anse du fil double qui doit être retenue par un aide, pendant qu'on retire l'aiguille en lui faisant suivre le trajet qu'elle a parcouru pour parvenir dans le vagin. Alors l'autre aiguille est introduite de la même manière que la première, mais du côté opposé et un peu en dedans de la nymphe gauche, puis, lorsque le fil est saisi comme nous l'avons indiqué plus haut,

l'instrument perforant est retiré dépourvu de sa ligature, ainsi qu'on l'a fait pour le côté droit.

Les deux aiguilles étant retirées, il reste deux anses de fil à l'orifice du vagin; l'anse gauche doit être passée dans la droite, de telle sorte qu'en tirant en dehors sur le double fil qui forme cette dernière anse, on entraîne l'autre avec les fils qui la suivent. Il résulte de cela que la double ligature du côté droit se trouve alors tout à fait en dehors, tandis que le double fil du côté gauche parcourt le trajet qu'ont suivi les deux aiguilles, afin de servir tout seul à opérer la réunion des bords de la plaie. Si l'on veut faire la suture enchevillée, il suffit d'écarter les deux fils, pour interposer entre eux et les porter, une portion de sonde ou un bout de plume; dans le cas où l'on préférerait la suture simple, on n'aurait qu'à croiser les fils et à les nouer.

L'oblitération vaginale tentée par M. *Vidal*, d'après le procédé que nous venons de décrire, n'a pas été suivie d'un succès complet. La réunion des parties s'était parfaitement effectuée, la cicatrisation marchait rapidement, les urines sortaient en totalité par la sonde introduite dans la vessie, et tout présageait une réussite, lorsque l'interne attaché au service de M. *Vidal*, rompit la cicatrice déjà très avancée, parce que la malade se plaignait de douleurs siégeant au-delà de l'obturation vaginale. Il est fâcheux que cette tentative, aussi nouvelle qu'ingénieuse, n'ait

pu être suivie du résultat que d'abord tout semblait faire espérer.

Lors même qu'elle a pour but de remédier à une infirmité dégoûtante qui est le plus souvent au-dessus des ressources de l'art, nous craignons que l'obturation vaginale proposée par M. *Vidal* ne soit que bien rarement employée, parce que, en supposant qu'on ne pourrait pas lui reprocher de présenter divers inconvénients qui probablement résulteraient de l'action de l'urine sur les parois du vagin, elle aurait l'inconvénient de s'opposer à l'écoulement des règles qui ne pourrait s'effectuer qu'à travers le méat urinaire, et serait de plus un obstacle absolu aux rapprochements sexuels. Si ce moyen était essayé sur des femmes avancées en âge, la plupart des objections n'existeraient plus et par conséquent les chances de succès seraient beaucoup plus nombreuses. Quoi qu'il en soit, la suture faite par le procédé que nous venons de faire connaître est extrêmement simple et facile ; nous la regardons comme étant très avantageuse pour la réunion des tissus très épais et présentant de larges surfaces, comme cela arrive pour la suture du périnée qui a été pratiquée deux fois avec succès par M. *Vidal*.

DES FISTULES RECTO-VAGINALES.

On entend par fistules recto-vaginales, les perfo-

rations qui établissent une communication à travers la paroi postérieure du vagin et la paroi antérieure du rectum.

Ces sortes de fistules qui sont presque toujours longitudinales, sont le plus souvent le résultat de déchirures, de contusions produites pendant le travail de l'accouchement soit par la tête du fœtus, soit par les branches du forceps. Ces solutions de continuités peuvent être également causées par une ulcération cancéreuse, ou syphilitique siégeant sur la cloison recto-vaginale, par la présence d'un lipôme ou d'une autre tumeur arrivés à un état inflammatoire qui a déterminé la formation d'un abcès communiquant avec le rectum; enfin elles peuvent être produites par des corps anguleux introduits accidentellement dans le rectum ou le vagin, et surtout par l'action des pessaires sur la paroi postérieure de ce canal.

Plusieurs faits authentiques prouvent que les communications du vagin au rectum peuvent être quelquefois congéniales; *Barbaut* (1), M. le professeur *Orfila* (2) en citent des exemples. Le célèbre *Dupuytren* (3) parle d'une observation faite par M. *Lépine*, qui vit une petite fille de six jours dont

(1) Cours d'accouchement page 59.
(2) Médecine légale, tom. I page 150.
(3) Dictionnaire de médecine et de chirurg. prat. t. III, page 121.

le vagin donnait issue à quelques parcelles de méconium ; l'enfant éprouvait tous les accidents produits par l'interruption des matières fécales et la fistule recto-vaginale ne commençait à s'établir que depuis peu de temps, bien qu'il n'existât pas de sillon interfessier.

Un chirurgien tenta de découvrir l'anus, il fit une incision à la peau du périnée, entre la pointe du coccyx et la commissure supérieure de la vulve. Cette incision permit de voir entre les bords de la plaie une tumeur fluctuante formée par l'intestin. Une ouverture pratiquée à la partie inférieure de cet intestin facilita la sortie d'une grande quantité de gaz et de méconium ; la fistule recto-vaginale s'oblitéra complètement, et la petite fille succomba trois ans après à une maladie qui n'avait aucun rapport avec sa fistule recto-vaginale congéniale.

M. le docteur *Ricord* (1), chirurgien de l'hôpital des vénériens, rapporte l'histoire d'une femme de 22 ans, grande, forte et d'une bonne santé, qui n'a point d'anus et chez laquelle les matières stercorales sont expulsées volontairement en traversant une ouverture ou plutôt un passage recto-vaginal.

Il est probable, dit M. *Guerbois* (2), qui cite également ces deux faits, que chez cette femme l'ouver-

(1) Journ. hebdom. de méd. t. XIII.

(2) Thèse de concours pour une chaire de clinique chirurg. page 20. 1834,

ture recto-vaginale est pourvue de sphincters qui s'opposent à l'issue involontaire des matières stercorales, ce qui prouverait, que même dans ses écarts, la nature tend toujours à diminuer les souffrances et les accidents auxquels l'espèce humaine est exposée.

Les perforations de la cloison vagino-rectale, avec perte de substance, donnent issue aux matières fécales liquides et aux gaz intestinaux qui, s'échappant involontairement par la fistule, sortent par la vulve, tandis que les matières solides sont rendues en partie par le vagin et en partie par l'anus, mais seulement pendant les efforts de la défécation.

Les fistules recto-vaginales ont plus de tendance à se guérir spontanément que les fistules vésico-vaginales, et c'est pour cette raison qu'elles ont encore moins que ces dernières fixé l'attention des praticiens. Lorsqu'elles sont récentes, elles s'obturent assez souvent par les efforts de la nature, surtout lorsqu'elle est aidée par le repos absolu, la position sur le côté, les lotions émollientes, les lavements mucilagineux et opiacés, un régime sévère et divers soins de propreté. *F. Ruysch* (1), qui mourut en 1731, a fait mention de la guérison spontanée d'une large fistule recto-vaginale. *Sédillot* et M. *Philippe de Mortagne* (2) ont fait connaître des observations à peu

(1) *Frédéric Ruysch*, LIX, observation.
(2) *Velpeau*. Médecine opératoire. tome III, page 663.

près semblables; M. le professeur *Velpeau* parle aussi d'une jeune femme entrée dans son service à la Pitié, qui, au moyen d'injections de vin rouge, fut guérie, dans l'espace de quinze jours, d'une fistule recto-vaginale qu'elle portait depuis huit mois ; enfin M. *Deschamps* (1), alors interne de l'hôpital Cochin, a cité un exemple de ce genre constaté sur une femme de 68 ans, morte à l'hospice de la Salpétrière en 1833. Malheureusement, ainsi que le dit M. *Velpeau*, l'organisme ne sert pas toujours aussi bien les vœux du praticien, et le plus souvent les perforations de la cloison recto-vaginale persistent malgré le traitement médical le mieux dirigé. On est alors obligé de recourir à l'emploi des moyens déjà proposés pour les fistules vagino-vésicales, entre autres à la cautérisation, à la suture, ou aux rapprochements des bords au moyen de divers instruments.

Lorsque les fistules sont étroites, la cautérisation avec le nitrate d'argent, pratiquée comme nous l'avons indiqué en parlant des fistules vésico-vaginales, doit d'abord être employée dans la plupart des cas; si au contraire les fistules avaient de grandes dimensions, ce moyen, qui n'offrirait presque aucune chance de succès, doit être rejeté surtout employé seul, et il faut dans ce cas recourir à l'emploi de la suture, à la suture du pelletier principalement, pratiquée avec l'aiguille en spirale que nous avons fait

(1) *Guerbois*. Thèse de concours, juillet 1834, page 20.

connaître en parlant des fistules antéro-postérieures de la cloison vagino-vésicale. Avant de tenter l'opération, il faudra y disposer la malade plusieurs jours d'avance, en lui prescrivant de légers laxatifs et surtout l'emploi fréquent de suppositoires de beurre de cacao, dans le but de maintenir le ventre libre et de diminuer la constriction des sphincters de l'anus, qui souvent pour l'expulsion des matières fécales, nécessite des efforts capables de déchirer la suture.

Dans un cas de fistule recto-vaginale très étroite, *Cullerier*, l'oncle, a une fois employé avec succès la compression pratiquée au moyen de deux plaques dont l'une s'introduisait dans l'anus, et l'autre par la vulve; nous devons dire que cette méthode a été plusieurs fois employée par M. *Cullerier* neveu, et que toujours cet honorable praticien a été obligé d'y renoncer à cause des nombreux accidents qu'elle déterminait. Enfin il nous reste à parler d'un moyen qui consiste à traiter, par l'incision, les fistules qui s'ouvrent dans le vagin très près de la vulve, comme si elles étaient des fistules à l'anus. Ce moyen, conseillé par M. *Velpeau*, a été employé plusieurs fois avec succès par ce praticien, et une fois par nous-même, dans le mois de mai 1835, sur une femme de 29 ans, marchande de vin dans la rue du Cherche-Midi.

Nous terminerons en disant que les doubles fistules qui sont le plus souvent causées par la présence

d'un pessaire dans le vagin, n'exigent presque toujours que des soins de propreté; rarement dans ce cas on doit avoir recours à des opérations qu'il faudrait du reste ne jamais pratiquer que les unes après les autres, c'est-à-dire, qu'on ne chercherait à obturer la fistule recto-vaginale, que lorsque celle de la cloison vagino-vésicale serait parfaitement guérie. Nous ajouterons que dans le cas où l'on aurait des raisons de croire que l'affection dépend d'une cause vénérienne, on devrait avoir recours à un traitement général et local spécifique, de même qu'il faudrait se borner à un traitement palliatif si la perforation avait été produite par un cancer du col de la matrice.

DES CORPS ÉTRANGERS ACCIDENTELLEMENT INTRODUITS DANS LE VAGIN, LA MATRICE ET LE CANAL DE L'URÈTRE.

De toutes les cavités tapissées par une membrane muqueuse, le vagin est une de celles où l'on rencontre le plus souvent des corps étrangers qui ont été introduits soit dans un but thérapeutique, soit dans des intentions criminelles ou pour satisfaire une puérile curiosité.

Malgré son ampleur et sa direction, le canal vulvo-utérin, retient facilement les corps qui ont franchi son orifice, à cause du grand nombre de rides transversales qui se trouvent surtout à la partie inférieure de sa cavité.

La présence d'un corps étranger retenu dans le vagin, y détermine des inflammations plus ou moins violentes selon sa nature, et donne lieu à une foule de symptômes, tels qu'une vive douleur, des ulcérations, des écoulements ichoreux et très fétides, des perforations, la dysurie, la fièvre hectique et plusieurs autres accidents que nous avons signalés en parlant des pessaires sur lesquels nous ne reviendrons pas. (Voyez page 249 et suivantes.)

Outre les pessaires oubliés dans la cavité vaginale; on cite des exemples d'autres corps dont le séjour même peu prolongé avait déterminé des accidents très graves.

Le célèbre *Dupuytren* (1) fut appelé auprès d'une femme qui dans des intentions qu'elle ne voulut pas avouer, s'était introduit dans le vagin, un petit pot de faïence destiné à contenir de la pommade ; comme l'introduction de ce petit vase, qui était d'une forme conoïde, avait eu lieu par son fond, et que d'ailleurs sa présence dans le vagin avait déterminé le gonflement et le boursouflement de la membrane muqueuse qui lui était inférieure, il en résulta que la nature du corps étranger fut difficile à reconnaître, et que son extraction ne put être faite que lorsqu'il fut brisé au moyen de fortes tenettes. Le même professeur nous a également dit dans ses leçons orales,

(1) Leçons orales. 1827.

qu'il avait eu l'occasion d'extraire du vagin un grand nombre d'aiguilles versées dans cette cavité par un gros étui qui s'y était ouvert après son introduction. Quoique les annales de la science possèdent d'autres observations du même genre, nous allons nous contenter d'en rapporter une qui est très récente et qui est consignée dans la thèse du docteur *Grénier* (1).

Dans l'année 1832, une malheureuse idiote, demeurant à l'hospice de la vieillesse (femmes), s'était introduit dans le vagin un étui qui s'ouvrit en laissant échapper les aiguilles qu'il renfermait. Lorsque M. *Grénier* vit la malade, elle était en proie aux plus vives souffrances, sa figure exprimait la plus grande anxiété; sa peau était brûlante et elle éprouvait de continuelles envies d'uriner avec impossibilité de les satisfaire. Lorsque l'extraction des aiguilles fut faite, cette femme fut mise dans un bain tiède prolongé; on lui administra ensuite une potion calmante, et les accidents disparurent bientôt.

Les procédés opératoires à employer pour faire l'extraction des corps étrangers introduits dans le vagin, doivent varier selon la nature et la disposition des objets qu'il s'agit de retirer. Le chirurgien devra toujours commencer par une exploration du canal vulvo-utérin, après avoir placé la malade sur son lit dans la position que nous avons indiquée pour

(1) Dissert. sur les corps étrangers. Paris 1834.

l'application du spéculum. Lorsque la nature, la forme et la situation du corps étranger, seront exactement reconnues, l'opérateur les dégagera et les attirera au dehors, soit avec les doigts, soit avec des pinces, une curette, un crochet mousse, et quelquefois même avec un tirefond. L'emploi du spéculum brisé pourra être utile dans quelques cas, pour dilater l'orifice externe de la cavité vaginale et favoriser ainsi la sortie des corps piquants ou anguleux en protégeant contre leur action les parties plus ou moins irritées et tuméfiées qu'ils doivent franchir avant d'arriver au dehors. Si le corps étranger ne pouvait être extrait entier, comme il arrive souvent pour les pessaires oubliés dans le vagin, il faudrait le briser ou le diviser dans cette cavité, avec de fortes tenettes ou de longues pinces incisives.

A la suite de ces sortes d'extractions qui sont souvent très difficiles et toujours douloureuses, il faudra prescrire d'abord les injections adoucissantes et narcotiques conjointement avec une potion calmante, et avoir recours ensuite pour prévenir et combattre les accidents inflammatoires à la diète, aux bains tièdes et prolongés, aux boissons mucilagineuses, aux lavements et aux fomentations émollientes, enfin à une application de sangsues sur la région hypogastrique et même à une saignée générale, selon la violence de l'inflammation.

Il est très rare que des corps étrangers aient été

introduits dans la matrice par son orifice vaginal ou à travers ses parois, si ce n'est pendant la grossesse, parce que dans son état de vacuité, l'organe gestateur est si petit, et présente une cavité si étroite, qu'il est presque impossible que ce genre de lésion puisse avoir lieu. M. *Crouzit*, de Rochechouart, a publié une observation très intéressante, où il est question d'une femme qui, dans des vues criminelles, s'était fait introduire par le vagin et le museau de tanche, une aiguille à seton qui s'échappa et se perdit dans la cavité utérine, d'où elle ne ressortit que soixante-dix-neuf jours après, à travers une des régions inguinales. Le même praticien ajoute que la présence de cette aiguille dans la matrice, et les perforations qui résultèrent de son passage au dehors, déterminèrent de graves accidents et une métro-péritonite qui conduisirent la malade aux portes du tombeau.

L'introduction accidentelle des corps étrangers est extrêmement rare dans le canal de l'urètre de la femme. Cependant les annales de la science possèdent des exemples de ce genre, puisque des épingles à friser et d'autres corps analogues introduits pour satisfaire à une curiosité puérile, ou pendant un accès d'érotomanie, ont été retirés, soit par le méat urinaire, soit au moyen d'une incision de la vessie, quand, engagés dans cet organe, ils n'avaient pu être ramenés au dehors par le canal qui avait servi à leur introduction.

Pour extraire les corps étrangers et même les calculs engagés dans le méat urinaire, on devra faire placer la femme comme nous l'avons indiqué plus haut, puis après avoir lubrifié le canal urétral avec une injection huileuse, on se servira d'une pince à anneau ou encore mieux de la pince dite de *Hunter*. Lorsque l'opération sera achevée, on prescrira des bains tièdes prolongés, des narcotiques et des antispasmodiques à l'intérieur et enfin des saignées capillaires locales.

QUATRIÈME SECTION.

CHAPITRE VIII.

LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES.

Nous comprenons parmi les lésions vitales et organiques toutes les phlegmasies superficielles et profondes, les dégénérescences, les excroissances, les transformations, enfin toutes les productions morbides de la vulve, du vagin, de l'utérus, des trompes, des ovaires et des mamelles.

PHLEGMASIES SUPERFICIELLES DE LA VULVE.

Les parties externes de la génération chez les femmes sont exposées à diverses phlegmasies superficielles qui varient d'intensité selon les causes qui

les ont produites et qui les entretiennent. Chez les petites filles à la mamelle, le contact de l'urine et des matières fécales, déterminent souvent sur les surfaces muqueuses et cutanées des grandes lèvres, un érythème et des excoriations douloureuses qui peuvent, dans quelques cas, si on n'y apporte pas remède, devenir l'origine d'un érysipèle grave, gangréneux et mortel. On évite facilement d'aussi fâcheux accidents par des soins de propreté, et l'on fait cesser les phlegmasies vulvaires superficielles, par l'usage des bains, des fomentations émollientes, des applications de linges recouverts de cérat, ou imbibés d'huile battue avec de l'eau pure ou de l'eau de chaud clarifiée. La poudre de licopode et celle d'amidon, ou de bois vermoulu sont également utiles lorsque les parties sont trop ramollies ou sont le siége d'un suintement séro-muqueux.

La négligence de propreté peut également avoir de fâcheux résultats chez les petites filles d'un âge plus avancé ; car souvent leurs parties génitales externes sont le siége d'une inflammation très vive, causée par des matières sébacées, blanchâtres et concrètes qu'on a laissées s'amasser et se rancir autour du clitoris, des nymphes et dans des replis vulvaires qui les ont secrétées. Il résulte de ces sortes d'irritations, des douleurs cuisantes, et le plus souvent une démangeaison insupportables, qui excitent à des attouchements répétés et même une propension

irrésistible à la masturbation. Cette fâcheuse habitude a eu également pour origine le prurit déterminé par des vers ascarides vermiculaires, qui du rectum se sont introduits dans les replis vulvaires vaginaux. Pour faire cesser cette cause d'irritation, il suffit d'avoir recours à des soins de propreté et à des lotions et des injections vermifuges.

Les inflammations superficielles de la vulve, causées par des excès érotiques résultant du coït ou des manœuvres solitaires, se guérissent ordinairement très vite par le repos des parties, les boissons adoucissantes et acidulées, une application de sangsues sur la face externe des grandes lèvres et surtout par l'usage des bains émollients et gélatineux. Celles qui sont dues à un exanthème, tel que la variole, la rougeole, etc., disparaissent avec la maladie générale dont alors on doit principalement s'occuper.

Enfin, l'érysipèle de la vulve qui, comme tous ceux des autres parties du corps peut être accidentel, spontané, fixe, vague et ambulant, n'exige rien de particulier, si ce n'est de prévenir l'adhérence des parties enflammées, au moyen de fréquentes injections émollientes dans le vagin et de l'introduction dans ce canal d'une forte mèche de charpie ou un tampon de linge fin, imbibé d'une décoction mucilagineuse.

DU PRURIGO DE LA VULVE.

Cette affeetion, qui est caractérisée par des démangeaisons violentes insupportables et une cuisson extrême de la vulve, peut avoir son siége seulement sur les grandes lèvres, ou s'étendre jusque sur la muqueuse de l'orifice vaginal et même sur le mont de Vénus. Elle a été souvent eonfondue avee une véritable éruption herpétique dont elle offre quelques caractères, de même que dans quelques cas, les démangeaisons qu'on lui attribuait étaient dues à la présenee d'animaux parasites (pediculi-pubis).

Les eireonstances sous l'empire desquelles le prurigo-vulvaire se manifeste le plus ordinairement, sont l'âge de retour, l'état de grossesse, les approches et les dérangements de la menstruation, surtout ehez les femmes qui sont sujettes à des écoulements âcres et qui n'ont pas recours à des soins de propreté.

Le principal caraetère de la maladie est un prurit qui augmente à mesure que la malade se gratte. Les démangeaisons sont encore plus vives lorsque la femme est au lit, après les repas et l'exerciee, surtout quand la température est élevée. Cette affection présente le plus souvent des intermittences de quelques heures et même de quelques jours. En examinant les parties, on y découvre des petits boutons

à peine apparents qui s'élèvent légèrement en pointe. Lorsqu'ils sont peu enflammés, ils ne contiennent aucune matière ; mais lorsqu'ils sont déchirés par les ongles, ils sécrètent une petite goutelette de sérosité sanguinolente qui par son dessèchement forme une croûte brune de la grosseur d'un grain de millet.

Lorsque la maladie est peu intense, ce qui est le plus ordinaire, elle cède facilement à l'emploi de quelques topiques que nous ferons connaître ; dans le cas contraire, surtout quand l'affection se prolonge long-temps, l'épiderme devient dur et s'exfolie, les malades, continuellement tourmentées, maigrissent bientôt et tombent souvent dans le découragement et le désespoir.

Quand le prurigo s'est déclaré pendant la grossesse, ou l'écoulement des règles, il suffit de modérer la démangeaison au moyen de quelques lotions émollientes et narcotiques; nous avons employé dans ces cas, et toujours avec avantage, des lotions d'eau tiède, avec addition d'une cuillerée à bouche d'eau de Cologne par verrée du premier liquide. Cependant il est bon de dire que les démangeaisons ne cessent tout-à-fait dans le premier cas que lorsque les femmes sont accouchées et dans le second, après l'évacuation menstruelle. Quand l'affection coïncide avec l'aménorrhée ou une inflammation de la matrice, elle disparaît ordinairement après le rétablissement du flux supprimé, et la cessation de la phlegmasie, qui doi-

vent alors seules occuper l'attention du médecin.

Dans tous les autres cas, on devra joindre aux moyens que nous venons de signaler l'usage des bains simples et sulfureux ; et si l'inflammation est vive, l'application des sangsues. Dans son ouvrage sur les maladies de la peau, le docteur *Wilson* conseille des lotions fréquemment renouvelées et faites dans la proportion de douze grains de deuto-chlorure de mercure, pour huit onces d'eau de chaux, M. *Trousseau* a également prescrit avec avantage des lotions faites avec une solution de trois gros de sous-carbonate de potasse pour quatre onces d'eau distillée, dont il fallait mettre une cuillerée à bouche dans un vase à toilette contenant à peu près deux livres d'eau tiède; la dose de la solution était tous les jours graduellement augmentée, jusqu'à ce que les solutions aient déterminé une légère cuisson. Le même praticien prescrit aussi des lotions faites avec un mélange de deux gros de deuto-chlorure de mercure dissous dans une quantité suffisante d'alcool et dix onces d'eau distillée. Il employait d'abord cette solution à la dose d'une cuillerée à café dans une livre d'eau chaude et successivement jusqu'à trois ou quatre cuillerées à bouche pour se laver deux ou trois fois par jour. Pendant qu'on faisait usage de ces lotions, qui devaient être continuées quelques jours après la cessation de tous les symptômes, M. *Trousseau* prescrivait l'usage des boissons délayantes et

celui de quelques laxatifs, et défendait le vin, les liqueurs, et les aliments âcres, stimulants et épicés.

Dans les cas de prurigo essentiel, nous avons employé, avec avantage, des lotions froides faites avec une solution très étendue de sulfate de zinc, de fer ou d'alumine; l'eau végéto-minérale, l'oxycrat, le laudanum étendu d'eau nous ont également réussi quelquefois; M. le docteur *Ruan* (1), dans des cas de prurigo très opiniâtre, a obtenu des succès par l'emploi intérieur du baume de copahu, du carbonate de soude, par l'application extérieure des cataplasmes de mie de pain et de lait avec addition de laudanum; enfin par l'usage de lotions faites avec une solution de sous-borate de soude, ou du carbonate de zinc en poudre. Si à la suite de l'emploi de ces moyens, il résultait une inflammation vive, comme nous en avons vu des exemples, on la combattrait par des bains locaux et généraux émollients et narcotiques, ou par ceux de gélatine ou d'eau de son. Enfin, dans les cas tout à fait réfractaires, de légères cautérisations avec le nitrate d'argent ou même avec le cautère actuel, ont été employées avec succès, et ont triomphé de la maladie qui avait résisté à tous les autres moyens. Il ne faut cependant jamais perdre de vue que la suppression trop brusque du prurigo peut être suivie de graves accidents, qu'il est possi-

(1) Revue médic. Tome I, p. 305. 1829. D'après le recueil *North Americ. med. and surg. journ.* 1828.

ble de prévenir au moyen d'un large vésicatoire appliqué à l'un des bras ou encore mieux à l'une des cuisses.

DU PHLEGMON ET DES PHLEGMASIES PROFONDES DES GRANDES LÈVRES.

Les phlegmons des grandes lèvres sont loin d'être rares; car indépendamment de ceux qui se manifestent à la suite des contusions produites pendant l'accouchement ou par les rapprochements sexuels, et les chocs de toute autre nature, il en est qui surviennent sans qu'on puisse en découvrir la cause. Les femmes nouvellement mariées y sont beaucoup plus sujettes que celles qui sont plus avancées en âge; chez quelques-unes, ces sortes de phlegmons se reproduisent à chaque apparition du flux menstruel; comme ils n'offrent rien de particulier, si ce n'est qu'ils se terminent presque toujours par suppuration; leur traitement consiste dans l'emploi des cataplasmes émollients et maturatifs, la diète, le repos, les boissons délayantes, les bains, les saignées locales, etc.; lorsque la suppuration est formée, on ouvre l'abcès par une incision longitudinale pratiquée sur la face interne de la grande lèvre; cependant dans les phlegmons périodiques, une simple incision ne suffit pas, parce que dans les cas de ce genre, les parois du foyer qui sont lisses comme celles d'un kyste, s'agglutinent difficilement, et c'est

pour cette raison qu'on doit les irriter au moyen d'injections capables de faire développer des bourgeons charnus à leur surface. Ces injections, qu'il faut renouveler deux ou trois fois dans la journée, peuvent être faites simplement avec parties égales d'eau et de vin, ou avec un mélange d'une once d'eau distillée de roses et un gros d'ammoniaque liquide.

Les abcès vulvaires, qui pour des motifs de pudeur sont abandonnés à eux-mêmes, se creusent des sinus tortueux communiquant avec le rectum et donnent naissance à des fistules stercorales de la grande lèvre, qui doivent être largement incisées avec un bistouri étroit.

Le docteur *Vidal de Cassis* (1) a depuis peu signalé l'existence de petits abcès qui surviennent autour de la vulve pendant la blennorrhagie, et qui sont surtout très fréquents chez les filles publiques. Selon ce praticien, ces sortes d'abcès, peu connus, méritent cependant une attention sérieuse; car ils sont presque toujours suivis de fistules et quelquefois même d'accidents nerveux très graves. Comme ce n'est pas ici le cas de faire leur histoire, nous nous bornons à dire qu'ils surviennent pendant le cours et même vers la fin d'une blennorrhagie et que leur siége le plus ordinaire est dans l'épaisseur

(1) Traité de Pathologie chirurgicale, T. I, page 246. 1838.

des lèvres, de la vulve, surtout au point où les nymphes se perdent sur les grandes lèvres. La collection purulente étant en général peu considérable, ces abcès, quoique douloureux, restent quelquefois inconnus, et leur existence n'a été signalée souvent que parce que le pus, plus voisin de la muqueuse que de la peau, est venu baigner les bords de la vulve, après s'être ouvert un passage.

INFLAMMATIONS GANGRÉNEUSES DES GRANDES LÈVRES.

Les organes génitaux externes de la femme sont, comme le vagin, quelquefois le siége d'escarrhes gangréneuses, produites par la pression violente de la tête du fœtus pendant le travail de l'accouchement. Dans d'autres cas les affections gangréneuses des parties génitales externes règnent épidémiquement dans les hôpitaux destinés aux femmes en couches, et elles sont alors un des symptômes d'une fièvre typhoïde ou d'une métrite presque toujours mortelles.

Le traitement des affections gangréneuses symptômatiques consiste à joindre au traitement des affections principales des soins de propreté et des ablutions émollientes, puis des lotions toniques faites avec du vin de kinkina miellé, ou des lotions désinfectantes avec du chlorure d'oxyde de sodium.

Il est une sorte de grangrène primitive, heureusement très rare, qui a été désignée sous le nom de *charbon des organes génitaux*. Cette affection, extrêmement grave, débute dans quelques cas par des ulcérations phagédéniques, ou par un engorgement œdémateux, mais le plus souvent par un engorgement phlegmoneux. Lorsqu'elle commence sous cette dernière forme, la douleur est d'abord très vive et la chaleur très intense, la tuméfaction se manifeste surtout vers le pénil; les téguments sont d'un rouge obscur, et offrent un aspect luisant et lisse. Bientôt une diminution progressive de la sensibilité, et l'apparition d'une tache violette déprimée à son centre et devenant de plus en plus foncée, annonce l'invasion de la gangrène, qui ne tarde pas à envahir les parties voisines et à se propager dans une étendue qui varie selon la durée de la maladie; le pronostic de cette affection est toujours très grave; car la mort en est presque toujours le résultat. Les moyens de traitement à employer consistent dans les saignées locales, les topiques réfrigérants répercussifs, et les émollients selon les circonstances; si la maladie avait débuté par un engorgement œdémateux, les vésicatoires, et le cautère actuel pourraient enrayer ses progrès. Il serait bon également d'avoir recours aux lotions vineuses, alcooliques, camphrées, chlorurées, ou faites avec une décoction de quinquina; à l'intérieur, les acides minéraux, les anti-

scorbutiques et les préparations de quinquina devraient aussi être employées, surtout si la marche de la maladie semblait être sensiblement arrêtée par les premiers moyens mis en usage.

INFLAMMATION AIGUË DU VAGIN.

Quoique l'inflammation aiguë du vagin coïncide le plus souvent avec celle de la matrice dont nous allons bientôt nous occuper, elle peut cependant exister isolément ou du moins ne s'étendre que sur la muqueuse de la vulve, qui est en même temps le siége d'une exsudation plus ou moins abondante.

La vaginite aiguë peut avoir pour cause les excès érotiques résultant du coït répété ou des jouissances solitaires, les injections irritantes, le séjour dans le vagin de corps étrangers durs et volumineux, le viol commis surtout sur une personne d'un âge tendre, les manœuvres exercées pendant l'accouchement, l'infection vénérienne, enfin tous les agents capables de produire une action irritante sur la muqueuse vulvo-vaginale.

Quelle que soit la cause de cette affection, elle s'annonce par un léger prurit et par un sentiment de pesanteur dans les parties génitales; la malade éprouve une sorte de resserrement dans le vagin, des tiraillements dans les aines, des douleurs vagues dans la région hypogastrique, dans les hanches et

dans les reins; le prurit, d'abord assez faible, se change bientôt en une sensation douloureuse et brûlante, surtout pendant l'écoulement de l'urine. Il survient dans toute la longueur du vagin surtout à l'orifice vulvaire, une tuméfaction qui est quelquefois si considérable qu'on a de la peine à y introduire un doigt. Au troisième ou au quatrième jour, il s'établit un écoulement muqueux limpide et peu abondant. Les besoins d'uriner deviennent plus fréquents et les douleurs qui les accompagnent de plus en plus vives; peu à peu l'écoulement augmente en se nuançant de couleurs blanches, jaunes et verdâtres, et quelquefois même l'inflammation locale devient si intense, qu'il s'y joint un mouvement fébrile, et que les sécrétions vaginales excorient les grandes et les petites lèvres. Lorsque la phlegmasie s'étend jusque sur le museau de tanche, la malade éprouve la sensation d'une tumeur volumineuse qui lui cause une pesanteur au fond du vagin, surtout lorsqu'elle veut marcher. En pratiquant le toucher, qui est toujours très douloureux, on sent le col utérin gonflé, sensible et brûlant; si l'on a recours à l'exploration des parties au moyen du spéculum, on trouve le pourtour de l'orifice de la matrice rouge, tuméfié et souvent excorié.

Ordinairement les symptômes commencent à décroître vers le dixième ou le douzième jour, l'écoulement se décolore par degré; enfin la phlegmasie se termine par résolution et disparaît en peu de temps,

à moins qu'elle ne passe à l'état chronique. Il arrive cependant que dans quelques cas la vaginite aiguë se termine par suppuration en donnant naissance à des abcès indolents que l'on pourrait prendre pour des entérocèles vaginales, d'autant plus que les tumeurs qui en résultent sont molles et insensibles, et que le pus qu'elles contiennent disparaît sous la pression des doigts comme le fait une anse intestinale dont on opère la réduction. Lorsque l'inflammation vaginale est le résultat d'une lésion mécanique, elle se termine fréquemment par la gangrène qui, à la chute des escarrhes, donne lieu à une déperdition de substance et à des fistules recto et vésico-vaginales.

Le traitement de la vaginite aiguë qui n'est pas produite par la syphilis, consiste dans l'emploi des bains, des lotions et des injections émollientes et narcotiques, des saignées locales et générales selon la violence des symptômes ; on joint à ces moyens l'usage des boissons délayantes, des lavements calmants et adoucissants, le repos, la diète ou du moins une alimentation douce et légère, enfin, on achève le traitement par des injections et des lotions astringentes. Si la maladie se terminait par suppuration, il faudrait ouvrir l'abcès dès qu'on se serait aperçu de sa formation et l'on aurait recours à l'emploi des toniques et aux lotions chlorurées, s'il s'était formé des escarrhes gangréneux.

Quoique dans cet ouvrage nous n'ayons pas l'in-

tention de parler des lésions qui rentrent dans le domaine de la pathologie générale, telles que les maladies vénériennes, nous allons cependant ajouter quelques mots sur la vaginite contagieuse ou blennorrhagie chez la femme.

La cause la plus ordinaire de la vaginite contagieuse est le coït exercé avec un homme affecté d'urétrite ou d'un autre symptôme syphilitique siégeant aux organes génitaux.

La nature contagieuse de la vaginite n'est pas seulement inhérente à celle qui résulte d'un coït impur; car on a depuis long-temps constaté qu'étant une fois déclarée sous l'influence d'une cause quelconque, elle peut dans l'acte vénérien communiquer à un homme une blennorrhagie urétrale.

Cette propriété contagieuse de la vaginite n'est pas constante : ainsi elle se développe dans quelques circonstances, et cesse de se manifester dans d'autres. On l'a vue après avoir été long-temps innocente, devenir contagieuse, si la femme s'est livrée à des excès de table, à des rapprochements sexuels fréquemment répétés ou même à des exercices violents. Le point de vue le plus digne de remarque, c'est que l'affection contractée avec une femme atteinte de vaginite n'est pas constamment une blennorrhagie, mais peut consister souvent dans l'apparition d'ulcérations ou de végétations, etc. Il est bon de dire cependant que le pouvoir de donner naissance à ces

divers symptômes n'est pas commun à toutes les vaginite, et qu'il semble appartenir spécialement à celle qui est d'origine syphilitique.

Il serait à désirer qu'il existât des signes extérieurs d'après lesquels on pût toujours de prime abord distinguer si une vaginite est ou n'est pas contagieuse; malheureusement les signes qu'on a indiqués n'ont rien de décisif et sont même souvent complètement illusoires(1). Quoique, en général, on puisse affirmer que l'écoulement vaginal est contagieux quand la rougeur est vive, la douleur intense, le gonflement considérable, quand l'urètre est très enflammé conjointement avec le vagin, en un mot, lorsque l'inflammation est violente, on ne peut pas assurer que la blennorrhagie soit impropre à se communiquer par contagion, lorsqu'elle est en apparence légère, et qu'elle ne présente pas les symptômes que nous avons indiqués.

Nous terminerons en disant que lorsqu'il sera bien établi que la vaginite est le résultat de l'infection syphilitique, on devra ajouter au traitement antiphlogistique l'emploi des mercuriaux et des autres moyens que nous ferons connaître en parlant du catarrhe chronique du vagin et de l'utérus, enfin, si la maladie était liée à une diathèse scrophuleuse,

(1) Les recherches chimiques et microscopiques du docteur *Donné* ont en grande partie éclairé ce point important du diagnostic. Si nous ne les reproduisons pas ici, c'est parce que nous les ferons connaître en parlant des caractères propres à distinguer la vaginite syphilitique de la leucorrhée proprement dite.

herpétique, rhumatismale, vermineuse, etc. Le traitement serait également dirigé contre la maladie principale, sans omettre cependant les remèdes locaux, surtout les injections résolutives, astringentes, toniques, opiacées, mercurielles, balsamiques etc. On pourrait également avoir recours aux cautérisations avec le nitrate d'argent solide que notre confrère et ami le docteur *Ricord* (1), a employées avec le plus grand succès dans le traitement des vaginites aiguës et chroniques, et que nous mettons également en usage depuis plus de six ans pour modifier et guérir diverses affections des organes vocaux. En parlant du traitement de la leucorrhée ou catarrhe vagino-utérin, nous ferons connaître la méthode suivie par M. *Ricord*, qui appelle le nitrate d'argent, caustique antiphlogistique.

INFLAMMATION AIGUË DU PARENCHYME ET DE LA MEMBRANE INTERNE DE LA MATRICE.

Malgré les progrès de l'anatomie pathologique, on ne connaît encore qu'imparfaitement l'altération parenchymateuse qui résulte de l'inflammation aiguë de la matrice; il sera facile de comprendre pourquoi il reste quelques lacunes sur l'histoire de cette maladie, si l'on réfléchit qu'on n'a pas très

(1) Bulletin de thérapeutique, t. VIII, et Lancette Française, tom. IX, n. 114.

fréquemment l'occasion de l'observer, et surtout de faire l'autopsie des personnes qui y succombent.

Les auteurs qui depuis *Hippocrate* jusqu'au milieu du siècle dernier ont parlé de la métrite aiguë, ne se sont pas toujours accordés sur son véritable siége, et n'ont publié le plus souvent que des observations incomplètes. Les uns ont confondu cette affection, avec le catarrhe utérin, les autres avec la péritonite puerpérale, et ce n'est que depuis les travaux de *Cigna,* secrétaire perpétuel de l'académie des sciences de Turin (1), que tous les médecins entendent par métrite aiguë, l'inflammation du tissu propre de l'utérus.

Lorsque la phlegmasie est superficielle, c'est-à-dire lorsqu'elle a principalement son siége sur la membrane interne de l'organe, elle constitue la *métrite catarrhale* qui a reçu en 1822 du docteur *Blatin* (2) le nom de *catarrhe utérin* qui est généralement adopté. Mais, comme ces deux phlegmasies existent rarement séparées, et que d'ailleurs leurs causes, leurs symptômes et leur traitement n'offrent que des différences légères et peu importantes, nous les réunirons sous la dénomination commune de *métrite,* en indiquant des signes qui serviront à distinguer si l'inflammation prédomine dans la muqueuse de la

(1) Uteri inflammatio etc. dissert. Turin 1756.

(2) Du catarrhe utérin ou des fleurs blanches. Paris an X.

matrice, dans le parenchyme de l'organe, ou même si elle occupe exclusivement l'une de ses parties.

Cette affection est trèsrare avant la puberté, parce que jusqu'à cette époque, la matrice est dans une sorte d'atrophie et d'inactivité, qui la rendent comme passive au milieu de l'économie vivante. Cependant on a quelquefois constaté l'existence d'une métrite aiguë chez des petites filles en bas âge, le docteur *Dance* (1) entr'autres en a publié une observation qui semble avoir été consécutive à une péritonite chronique.

L'inflammation aiguë de la matrice est également rare chez les femmes qui ont passé l'époque critique; elle attaque surtout les filles nubiles pendant la menstruation, les personnes qui se livrent avec excès aux plaisirs de l'amour ou à la masturbation, et principalement celles qui sont dans le travail de la parturition ou qui sont accouchées récemment. Quelquefois on l'a vue survenir durant la grossesse et causer l'avortement; elle peut envahir la totalité de la matrice, ou occuper seulement le corps ou le fond de ce viscère.

Les causes qui peuvent déterminer le développement de la métrite aiguë sont très nombreuses; les unes sont communes à toutes les phlegmasies, et les autres qui ont une action plus directe sur l'utérus se distinguent en prédisposantes et en efficientes.

(1) Archives génér. de médecine, octobre 1829.

Parmi les premières sont : la jeunesse, un tempérament érotique et sanguin, une vive sensibilité, un premier accouchement.

Parmi les causes efficientes de cette affection, on doit ranger, la suppression prématurée des règles, la trop grande fréquence du coït, et la disproportion relative ou absolue des organes, les jouissances solitaires, le célibat, le veuvage et les désirs non satisfaits, les injections irritantes, la suppression du flux hémorrhoïdale, des flueurs blanches, l'usage des emménagogues violents employés pour rappeler les règles ou provoquer l'avortement; le refroidissement subit des membres, les lotions trop froides de la vulve et du vagin, les bains froids et les boissons à la glace, surtout pendant la menstruation; la marche forcée, les exercices violents à cheval dans des voitures non suspendues, la danse, les veilles prolongées, les plaies, les chutes et les coups sur la région hypogastrique, l'application d'un pessaire, l'extirpation d'un polype; les aliments échauffants et stimulants; les mets épicés, les boissons spiritueuses, le vin, le café, les médicaments toniques, stimulants, aromatiques, administrés à contre-temps, les affections morales qui peuvent suspendre l'écoulement des règles et des lochies, etc.

Les causes qui agissent surtout pendant la grossesse, sont l'accouchement avant terme, l'exercice immodéré du coït, et l'introduction d'un corps

étranger dans la matrice avec l'intention de provoquer l'avortement ; les chutes et les coups sur les fesses ou sur la région abdominale.

La métrite peut encore être produite, pendant l'accouchement, par la longueur du travail, les manœuvres pratiquées avec les mains et surtout avec le forceps dans le but d'opérer la version de l'enfant ou le décollement du placenta, les déchirures de la matrice, le toucher trop souvent répété et les frictions trop fréquentes sur l'abdomen pour ranimer les contractions utérines. Immédiatement après l'accouchement, la même affection peut être déterminée par la rétention du placenta, ou de quelques-uns de ses débris, ou bien encore de quelque caillot de sang ; par l'injection d'un liquide astringent ou d'eau à la glace dans le vagin et l'utérus, faite dans l'intention d'arrêter une hémorrhagie; par l'emploi des boissons stimulantes et surtout les rôties au vin, à la canelle et à la muscade, que les matrones ont la mauvaise habitude de faire prendre aux nouvelles accouchées, dans le but de rétablir leurs forces; enfin la métrite peut être occasionée par la suppression brusque des lochies ou du lait, produite par le refroidissement subit du corps ou une émotion vive, telle que la frayeur, la joie, la colère, une fâcheuse nouvelle, etc. Le virus vénérien, et surtout la cohabitation avec un homme affecté d'une blennorrhagie, sont également des causes qui, dans toutes les conditions possibles, peuvent occa-

sioner aussi dans quelques cas le développement de l'inflammation aiguë de la matrice.

Les *symptômes* de cette affection, qui peut être également idiopathique, symptômatique, métastatique, et qui est déterminée souvent par continuité d'organes enflammés, se divisent en symptômes locaux et en symptômes généraux qui varient selon que la phlegmasie occupe la membrane interne, le col, le fond, la totalité ou une partie du corps de la matrice.

Il est probable que la phlegmasie a son siége principal sur la muqueuse utérine, lorsque la sécrétion du mucus est abondante, la douleur peu intense, surtout si la pression ne l'augmente pas, enfin si la cause sous l'influence de laquelle elle a été déterminée a agi directement sur la membrane interne de l'organe gestateur. On peut avoir au contraire à peu près la certitude que l'inflammation occupe spécialement le tissu propre de la matrice, lorsque l'écoulement est nul, la douleur très vive et pulsative, le gonflement très marqué, surtout si le mal s'est manifesté à la suite d'un coup, d'une piqûre, d'une chute sur la région hypogastrique.

Quand l'inflammation n'occupe que le fond de cet organe, la douleur a son siége vers la région hypogastrique et s'étend jusqu'à l'ombilic; si la métrite est puerpérale, elle augmente par la pression, et la tumeur est surtout très sensible à sa partie supé-

rieure. Si c'est la paroi antérieure qui est affectée, le point douloureux est dans la région du pubis, l'émission de l'urine est difficile et quelquefois impossible; le mal est-il à la face postérieure, l'expulsion des matières fécales est extrêmement douloureuse, les souffrances des lombes et des reins sont intolérables; la femme éprouve un sentiment de pesanteur qui l'oblige à faire continuellement des efforts expulsifs, comme pour accoucher ou aller à la garde-robe.

Lorsque l'inflammation occupe principalement les parties latérales de l'organe gestateur, les ligaments participent à l'état inflammatoire, les aines, les cuisses sont douloureuses, les jambes et les pieds sont engourdis; la femme reste couchée sur le dos, les membres abdominaux fléchis sur le bassin; car toute autre position lui est insupportable.

Dans le cas où le col utérin est le seul affecté, la malade éprouve une douleur vive au fond du vagin; si la phlegmasie succède à un accouchement laborieux, il se fait par la vulve un écoulement de sang et de mucosités sanguinolentes qui se prolonge au-delà du terme ordinaire, et en pratiquant le toucher, on trouve le museau de tanche dur, gonflé et toujours plus ou moins déchiré. Quand au contraire l'affection est survenue à la suite des premiers rapprochements sexuels, le col est seulement gonflé, brûlant, très sensible et paraît presque toujours être

plus près de la vulve. En général, toutes ces inflammations partielles se terminent d'une manière heureuse.

Il n'en est pas de même quand la phlegmasie aiguë occupe la totalité de la matrice; les symptômes qui surviennent alors sont toujours extrêmement graves, parce que dans la plupart des cas le mal s'irradie non-seulement sur la membrane séreuse utérine, mais encore sur le reste du péritoine.

En général la métrite se manifeste immédiatement ou peu après l'accouchement; elle s'annonce par des frissons plus ou moins prolongés, un grand abattement, une anxiété générale, et par une douleur contuse, gravative, quelquefois très aiguë, qui d'abord a son point de départ à l'hypogastre, d'où elle se propage bientôt dans toute l'étendue de l'abdomen.

Cette douleur est continue; elle s'augmente de beaucoup par une pression même très légère sur le bas-ventre, ainsi que par les mouvements diaphragmatiques qui ont lieu pendant la toux, l'action de cracher, les grandes inspirations, les hoquets, etc. La malade se plaint d'un sentiment de pesanteur vers le rectum, elle ne peut aller à la selle; l'émission de l'urine est difficile, douloureuse et souvent impossible; l'hypogastre se tend, devient de plus en plus sensible, et la main appliqué sur cette région trouve que le corps de la matrice est toujours plus

dur et plus distendu qu'à l'état normal. En pratiquant le toucher vaginal, on reconnaît que le col utérin est mou, gonflé, extrêmement douloureux et toujours plus chaud que le vagin qui, comme les grandes lèvres, est souvent tuméfié et enflammé. Si la métrite est survenue immédiatement après la parturition, les mamelles s'affaissent, le lait n'est pas sécrété, l'écoulement des lochies est tari, et il en est de même de celui des règles quand la maladie coïncide avec l'évacuation menstruelle. Il se fait cependant quelquefois un écoulement d'un liquide sanieux et roussâtre plus ou moins abondant, et dans certains cas les malades rendent du sang liquide et en caillots. Ces sortes d'écoulements, qui présentent par fois des intermittences, sont précédées de vives douleurs occasionées par les efforts que fait la matrice pour expulser les matières qui se sont accumulées dans sa cavité.

Comme ce viscère a des rapports sympathiques très intimes avec tous les autres organes de l'économie, l'état de phlegmasie aiguë où il se trouve réagit sur ces mêmes organes, et trouble d'une manière plus ou moins notable les fonctions dont ils sont chargés. En effet, il vient se joindre aux symptômes locaux que nous avons indiqués des phénomènes généraux qui varient selon l'intensité de la phlegmasie.

Dans la plupart des cas, la métrite aiguë est précédée par un frisson accompagné de malaise,

d'anxiété, et auquel succède une chaleur générale à la peau, des douleurs passagères et un sentiment de pesanteur de l'utérus; il arrive souvent que cette affection se manifeste brusquement, et qu'on observe de suite les symptômes locaux qui lui sont particuliers

Quand la maladie est complètement déclarée, les phénomènes généraux et sympathiques qui l'accompagnent sont : une altération profonde des traits, une agitation continuelle, une faiblesse extrême, la fréquence du pouls, la chaleur, la sécheresse de la peau, et une céphalalgie intense; la face, qui porte l'empreinte de la souffrance, est pâle et grippée; les yeux sont enfoncés et cernés; la langue est fendillée et sèche, blanche ou jaunâtre au milieu et rouge à la pointe et sur les bords; la soif est vive, l'anorexie est extrême; la malade se plaint d'un resserrement au gosier; elle a des nausées continuelles qui souvent sont suivies de vomissements; quelquefois il survient une diarrhée fétide ou une constipation opiniâtre; l'émission des urines est difficile et douloureuse; elles sont rouges, chargées et irritantes; la respiration est pénible et suspirieuse, des sueurs partielles et visqueuses couvrent le front, la vue s'obscurcit; les seins, en proie à des douleurs plus ou moins vives, sont flasques et affaissés; mais ce phénomène, qui n'est pas constant, manque surtout lorsqu'il s'est établi un écoulement par le vagin. Le

plus ordinairement la femme qui est dans un état d'insomnie et de rêvasserie permanent, ne peut se tenir couchée que sur le dos, les jambes fléchies sur les cuisses et ces dernières sur le bassin; enfin la mort est presque toujours inévitable lorsqu'à ces symptômes viennent se joindre le ballonement du ventre, le hoquet, le délire, la petitesse du pouls, la carphologie, les soubresauts des tendons, le refroidissement des extrémités, une prostration excessive, et surtout un écoulement par le vagin de matières noirâtres extrêmement fétides.

Cette affection, qui rarement fait succomber les malades avant le premier septenaire, mais qui quelquefois s'est prolongée quinze jours ou un mois, peut dans certains cas être portée à un tel degré d'intensité, que le trouble qu'elle détermine alors dans les fonctions génitales amène la mort dès le troisième et même le second jour. Nous devons dire cependant qu'une terminaison aussi funeste et aussi prompte n'a lieu ordinairement que lorsque la maladie s'est déclarée peu après l'accouchement, parce que dans ce cas la phlegmasie s'irradie sur le péritoine. Souvent aussi le pus qui s'est formé sur la membrane interne, dans le parenchyme et surtout dans les sinus de la matrice, est résorbé par les veines de ce viscère, et se trouvant ainsi mêlé au sang de la circulation générale, va exercer son action délétère sur toute l'économie. C'est surtout cette ré-

sorption purulente qui rend si fréquemment funeste la métrite puerpérale.

Il arrive souvent que lorsque l'inflammation s'étend sur la tunique péritonéale ou dans l'épaisseur des ligaments de la matrice, la suppuration s'établit et forme des foyers qui s'ouvrent soit dans la cavité du péritoine, soit dans le rectum, la vessie, ou le vagin. On a vu également quelquefois le pus se frayer une issue au dehors, par exemple à la région ombilicale (1), aux aines (2), aux lombes, aux fesses (3), pour opérer sa sortie, il suit tantôt une route directe, et tantôt il fuse à travers les voies cellulaires en parcourant un trajet plus ou moins détourné. Cependant il est bon de dire que, comme ces faits n'ont été observés que sur des femmes qui ont survécu, il peut bien rester quelque doute sur le point de départ et le trajet de la suppuration. D'ailleurs, comme la structure dense et serrée de la matrice se prête peu à la formation du pus, il est probable que la plupart des foyers purulents qui se font jour au dehors, à la suite de la métrite se développent dans le tissu du péritoine ou des organes voi-

(1) *Smélie*. Traité d'accouch. t. III, page 474. *Lamotte*, Traité d'accouch. observ. 420. *Pinel*, Nosograph. philos. t. II, page 286. *Wan Swieten* d'après *Bénévoli*, comment. sur les aphor. de *Boerhaave*, t. IV.

(2) *Lamotte*. Traité d'accouch. (loco citato).

(3) *Mauriceau*. Traité des maladies des femmes. t. II, observ. 254 p. 211.

sins enflammés et non dans le parenchyme utérin.

En général, la formation du pus est à craindre, lorsque les symptômes de la métrite se soutiennent au même degré au-delà du second septenaire, et on acquiert la certitude qu'elle se fait, lorsque les douleurs augmentent et deviennent pongitives ou pulsatives en même temps qu'il se déclare des mouvements fébriles avec des frissons passagers et horripilation. Alors les urines et les selles se suppriment; des sueurs surviennent la nuit, sans qu'il en résulte aucun soulagement; la malade est en proie à une plus vive agitation, à une céphalalgie plus intense, et c'est la diminution de ces symptômes qui indique que la suppuration est complètement formée.

Lorsque la métrite aiguë se termine par induration, les douleurs et la fièvre diminuent graduellement, mais la matrice ne perd rien de son volume, de sa dureté et de sa pesanteur.

La terminaison de la métrite par la gangrène observée par plusieurs médecins célèbres, entr'autres *Morgagni*, *Lieutaud*, *Smélie*, s'annonce du troisième au septième jour, par le vomissement, le hoquet, le délire comateux, l'augmentation continuelle du météorisme; les évacuations alvines, sont involontaires, noires, fréquentes, et d'une odeur cadavéreuse. Il se fait par le vagin un écoulement de matières fétides; la douleur et la chaleur cessent com-

plètement ; le pouls est fréquent, très petit et intermittent ; enfin des convulsions, des lipothymies et le refroidissement des extrémités viennent terminer cette scène lugubre.

Dans les cas de métrite très aiguë promptement suivies de la mort, on trouve des portions de l'utérus ramollies et converties en une sorte de putrilage liquide et sanieux, qui semble avoir macéré le parenchyme de l'organe. D'autres fois le viscère est plus ou moins gangréné, et sa cavité contient des matières visqueuses et noirâtres qui exhalent une odeur putride. Nous devons cependant faire remarquer que les deux derniers signes n'annoncent pas toujours la gangrène de la matrice, surtout quand la métrite est survenue peu après l'accouchement. En effet, souvent la couleur noire et l'odeur gangréneuse des matières que l'on trouve après la mort dans l'utérus, ou qui s'écoulent du vagin pendant la vie, sont dues à la putréfaction du placenta ou de gros caillots sanguins qui ont été retenus dans la cavité utérine. Lorsque la maladie n'a pas été suivie de résultats aussi promptement funestes, la membrane muqueuse de la matrice est ordinairement très épaissie et d'une couleur rouge foncée, le tissu de l'organe est ramolli et engorgé ; sa cavité renferme du sang mélangé d'un liquide séro-muqueux qui lui donne un aspect sanieux et qui par la pression s'échappe du parenchyme utérin comme d'une éponge. Souvent

ces altérations ne s'étendent pas sur la totalité du viscère ; quelquefois elles n'ont leur siége que sur le col, et d'autres fois sur le fond et sur les parois antérieures et postérieures. Le tissu des parties saines, qui est ordinairement pâle, présente toujours moins d'épaisseur et plus de densité que celui des portions qui sont enflammées. Enfin, il arrive assez fréquemment que les trompes, les ovaires et les parties qui avoisinent l'organe utérin participent aux désordres dont il est le point de départ et le siége principal.

Lorsque la métrite se termine par résolution, ce qui a lieu surtout quand la phlegmasie est peu étendue et quand la maladie est survenue hors le temps des couches, les symptômes perdent graduellement de leur acuité, la matrice se dégorge, et son dégorgement est favorisé et annoncé par un écoulement sanguin ou séro-muqueux qui a lieu par la vulve. Il est alors de la plus grande importance de surveiller la malade et de continuer pendant quelque temps et suivant les circonstances, les moyens thérapeutiques et hygiéniques, pour empêcher autant que possible que l'inflammation utérine ne passe à l'état chronique. Souvent les femmes, débarrassées de la plupart de leur souffrances, et se croyant hors de tous dangers, abandonnent leur mal au seul effort de la nature et dans leur trompeuse sécurité, partagée souvent par leur médecin, passent bientôt d'une guérison presque achevée à un état pathologique per-

manent, qui constitue la métrite chronique dont nous aurons bientôt à nous occuper.

La terminaison heureuse de la métrite puerpérale s'annonce également par la diminution des symptômes, mais surtout par la réapparition des lochies, le gonflement des mamelles et l'établissement de la sécrétion du lait. Lorsque la métrite survient pendant la grossesse, elle détermine presque inévitablement l'accouchement avant terme, la mort du fœtus et souvent aussi celle de la femme.

Le diagnostic de l'inflammation aiguë de l'utérus, est souvent assez obscur, parce que cette affection offre des symptômes qui ont quelques analogies avec ceux de la péritonite, de l'hystérie, du catarrhe utérin et de la cystite aiguë. Lorsque la phlegmasie, est bornée au col utérin, les symptômes, ordinairement peu graves, peuvent être regardés comme les résultats inévitables d'un accouchement plus ou moins laborieux ou les effets d'une irritation légère portée sur le museau de tanche. Si au contraire la maladie s'étend sur le corps de la matrice, la péritonite, qui l'accompagne très souvent, attire seule l'attention du médecin et l'empêche ainsi de s'occuper de la métrite dont il peut ne pas soupçonner l'existence. Lorsque l'inflammation occupe à la fois l'utérus et le péritoine, les symptômes de la métrite existent toujours. Quoiqu'ils soient voilés par ceux de la péritonite, il sera néanmoins possible de les trou-

ver en y apportant un peu d'attention. En effet, la sensibilité du col lorsqu'on pratique le toucher, sa mollesse, son gonflement, les douleurs provoquées par les plus légers mouvements que l'on communique au corps de l'utérus, le spasme qui se propage vers la vessie et le rectum, sont autant de phénomènes qui manquent dans la péritonite et qui décèlent l'existence d'une phegmasie aiguë de l'organe gestateur. D'ailleurs dans la péritonite, la douleur qui est plus générale et plus déchirante, occupe souvent toute l'étendue de l'abdomen, et le plus léger attouchement l'exaspère au point que non seulement la malade ne peut se mouvoir dans son lit, mais qu'il lui est quelquefois impossible de supporter le contact des cataplasmes les moins épais, et même celui de ses couvertures ou d'une simple toile. Dans la métrite, la tension du ventre est moins générale, et la douleur, qui semble circonscrite et n'avoir son siége que sur le point correspondant à la matrice, n'est jamais accompagnée d'efforts expulsifs qui sont propres à l'inflammation aiguë du parenchyme utérin.

On distinguera facilement la métrite aiguë de l'hystérie en se rappelant que dans cette dernière maladie la pression sur l'abdomen ne cause aucune douleur, que le ventre, loin d'être ballonné, est souvent affaissé, que le pouls est serré, mais sans fréquence; enfin que la malade dont les douleurs sont

irrégulières et la langue à l'état normal, éprouve toujours un sentiment de strangulation et de suffocation produit par la *boule hystérique* qui semble partir de la région hypogastrique, traverser l'abdomen et la poitrine pour s'arrêter dans le gosier. En outre des signes que nous venons d'indiquer, on devra ne pas oublier que l'hystérie est une affection nerveuse et apyrétique, qui se manifeste par des accès de convulsions générales avec suspension plus ou moins complète des facultés intellectuelles; d'ailleurs le toucher qui nous fournit les signes les moins équivoques pour reconnaître la métrite, apprend aussi que dans l'hystérie la matrice est le plus souvent à l'état sain.

Dans le catarrhe utérin la membrane interne de l'utérus est seule affectée; les phénomènes inflammatoires et la fièvre sont modérés, les douleurs sont moins vives, la sensibilité de la matrice est moins exaltée, et l'écoulement qui a eu lieu par la vulve et qui détermine un sentiment de cuisson en urinant, n'est pas sanieux et roussâtre comme celui qui a lieu pendant la métrite aiguë; d'ailleurs les renseignements obtenus sur l'invasion de la maladie et sur les causes qui l'ont déterminée, sont toujours suffisants pour éclairer le diagnostic.

On distinguera aussi facilement l'inflammation aiguë de la matrice de celle de la vessie, si l'on se

rappelle que dans cette dernière affection, les besoins d'uriner sont beaucoup plus douloureux et plus fréquents que dans la métrite, et qu'il faut faire des efforts violents pour rendre quelques gouttes d'urine. Le plus souvent ce fluide est trouble et se trouve mêlé avec des mucosités qui se déposent au fond du vase, sous forme d'une matière tenace, collante et grisâtre. La cystite est quelquefois accompagnée d'autres symptômes plus graves; la vessie distendue par l'urine fait une saillie au-dessus du pubis; le ventre entier augmente de volume et devient très sensible; le corps exhale une odeur urineuse très prononcée; enfin, il y a en même temps une sorte de ténesme vésical, avec prurit douloureux au méat urinaire et de fréquentes envies factices d'aller à la selle. Or, comme ces symptômes manquent dans la métrite aiguë; il sera impossible de confondre cette maladie avec l'inflammation de la vessie.

Le pronostic de la métrite aiguë, qui est en général très grave, se trouve subordonné à l'étendue et au degré d'intensité de l'inflammation, à la coexistence avec la péritonite, ou avec toute autre complication, à la période plus ou moins avancée de la maladie, aux effets des premiers moyens thérapeutiques employés, enfin à l'âge, à la constitution ainsi qu'à la conduite hygiénique, de la malade; à sa docilité à suivre les avis du médecin, à la saison, à la température régnante, à l'influence épidémique

et aux circonstances dans lesquelles l'invasion de la maladie a eu lieu. Toutes choses égales d'ailleurs, l'inflammation aiguë de la matrice est toujours plus grave pendant la gestation, et immédiatement après l'accouchement, surtout lorsqu'elle se développe sous l'influence de certaines constitutions épidémiques. C'est une affection qui non seulement est redoutable parce qu'elle entraîne souvent la mort, mais encore parce que dans les cas où elle ne fait pas succomber les femmes qui en sont atteintes, elle devient le germe d'autres maladies et surtout de la métrite chronique, qui peut produire à son tour les ulcérations, les dégénérescences et le cancer de la matrice.

TRAITEMENT DE LA MÉTRITE AIGUË.

Le traitement de la métrite aiguë exige des précautions hygiéniques qui ne peuvent qu'augmenter l'efficacité des agents thérapeutiques que nous allons faire connaître.

La femme sera laissée dans le repos le plus absolu. Sa chambre, qui devra être peu éclairée et exempte de toute espèce d'émanation, sera maintenue à une douce température et isolée le plus possible de tout ce qui pourrait troubler le calme moral ou physique. L'air sera souvent renouvelé, avec la précaution qu'un courant de ce fluide ne soit jamais dirigé sur la malade. Les matelas de laine et les lits de plu-

mes seront remplaeés par des matelas de crins, et si le poids des eouvertures était pénible ou douloureux, on empêeherait leur contact sur les parois abdominales, au moyen de eerceaux. Dans le but de diminuer la douleur, en tenant dans le plus grand relâehement possible, les museles abdominaux, la femme sera eouehéc sur le dos, la tête soulevée et fléehie en avant avee des oreillers, les jambes maintenues éeartées et les euisses fléchies au moyen de eoussins. Enfin on évitera toutes les causes eapables de produire sur la maladc une impression vive soit au moral soit au physique, ct on éloignera surtout les personnes qui pourraient la eontrarier et l'affecter en lui apprenant de fâcheuses nouvelles.

La métrite aiguë, eomme toutes les autres inflammations, doit être eombattue par les antiphlogistiques les plus puissants ; en général il faut, dès le début, avoir reeours aux saignées générales et locales, malgré la petitesse du pouls ; car, à mesure que le sang eoule, les pulsations prennent plus de développement. Si tous les auteurs anciens et modernes sont toujours d'aceord sur la néeessité des évacuations sanguines, ils ne sont pas du même avis sur l'opportunité de la saignée du bras ou de la saignée du pied. Parmi les aneiens, *Galien*, *Oribase*, *Aétius*, etc., et parmi les modcrnes, *Mauriceau*, *Dionis*, *Astruc*, de même que presque tous les pratieiens de notre époque, donnent la préférence à la saignée du

bras, tandis que *Mercurialis*, *Hoffmann*, et quelques autres conseillent la saignée du pied, également recommandée par *Pasta*, mais en la faisant toujours précéder par celle du bras. Si la maladie n'a pas pour cause la suppression du fluide menstruel, la saignée brachiale est la seule qui soit indiquée; dans le cas contraire, on pourra ouvrir avec avantage les veines des membres inférieurs, puis on aura recours aux applications de sangsues à la vulve, et à la face interne et supérieure des cuisses; en règle générale, les saignées par les veines brachiales doivent être préférées, soit parce qu'il est plus facile de les pratiquer, qu'on peut tirer plus de sang en moins de temps, et que par cela même elles sont plus sûres, soit par la raison qu'on apprécie mieux la quantité de sang obtenu et que d'ailleurs elles sont moins incommodes pour la malade, qu'il n'est pas nécessaire de découvrir et à qui on n'est pas obligé de communiquer des mouvements qui augmentent toujours ses souffrances.

Après la saignée générale, qu'on ne doit pas craindre de répéter, quoique le pouls soit souvent petit et fréquent, il faut avoir recours à la saignée capillaire et locale, au moyen de sangsues appliquées à la vulve, aux régions inguinales et hypogastriques, à l'anus, et même sur tout l'abdomen si la métrite était compliquée de péritonite, ce qui a lieu très souvent. Les ventouses scarifiées sous les seins, aux

lombes, sur le bas ventre et aux cuisses sont également indiquées.

On doit en même temps couvrir le bas-ventre d'applications émollientes, et surtout de fomentations faites avec de la flanelle trempée dans une décoction de graines de lin et de têtes de pavots. On devra aussi prescrire des injections adoucissantes et narcotiques dans le vagin, des demi lavements de même nature, un repos absolu, une diète rigoureuse, des boissons gommées et rafraîchissantes; plus tard le bouillon de veau, le petit lait, les émulsions d'amandes et quelquefois des tisanes légèrement laxatives ou diurétiques. La pulpe de tamarin, le chiendent nitré remplissent assez bien ces deux dernières indications. Si les douleurs étaient extrêmement vives, on ordonnerait une potion calmante et on insisterait sur les injections de même nature, les sinapismes et les vésicatoires volants promenés sur différents points de la surface du corps, sont, après l'emploi des saignées, ordinairement avantageux parce qu'ils rappellent le sang et la vitalité, du centre aux extrémités. La succion des mamelles, chez les nouvelles accouchées, ou l'application des ventouses sur ces organes, excitent et activent également d'une manière très efficace le mouvement dérivatif que l'on cherche à provoquer. Quoiqu'il semble qu'on pourrait encore obtenir de bons effets des bains généraux, nous pensons qu'on doit les re-

jeter dans la plupart des cas, parce qu'indépendamment des douleurs affreuses que la malade éprouve par les mouvements qu'on lui imprime pour la transporter dans la baignoire, il survient souvent des accidents graves déterminés par l'action de l'air sur la peau ou peut-être par l'appréciation difficile d'une température convenable. Afin de remplacer les bains et pour éviter la transpiration, *Chaussier* conseillait de diriger dans le lit de la malade, au moyen d'un tuyau de fer blanc, des vapeurs d'eau simple. Les couvertures devaient être préalablement soulevées avec le secours d'un cerceau. Lorsqu'après l'emploi actif et bien dirigé de tous ces moyens, la matrice reste toujours tuméfiée et engorgée, quoique les phénomènes généraux et les symptômes aigus locaux aient en partie disparu, on favorisera et on obtiendra presque toujours la résolution, au moyen de frictions faites avec la pommade stibiée d'abord à la partie interne des cuisses, puis sur les côtés du tronc, et enfin sur les parois abdominales. Ce moyen, qui a été recommandé et employé avec beaucoup de succès par M. *Duparcque*, est mis en usage par nous depuis long-temps, non seulement dans les mêmes circonstances que l'habile praticien dont nous venons de parler, mais encore dans le traitement de diverses affections des organes vocaux (1).

(1) Nos idées à cet égard sont exposées dans notre traité des maladies des organes de la voix, publié il y a plusieurs années.

Les maladies qui compliquent quelquefois la métrite aiguë, doivent encore apporter de grandes modifications dans le traitement. Ainsi dans le cas de complication d'un état bilieux ou gastrique, on devra être plus réservé dans l'emploi des saignées, et il sera utile d'administrer des vomitifs avec l'ipécacuanha suivis de quelques laxatifs doux, surtout quand la maladie est accompagnée d'une constipation opiniâtre. Si quelques symptômes typhoïdes et adynamiques venaient entraver la marche de la métrite, il faudrait, après avoir employé avec circonspection et d'une manière modérée quelques évacuations sanguines, recourir à l'usage des toniques, puis aux dérivatifs, surtout aux vésicatoires; enfin on prescrirait les antispasmodiques et les narcotiques, s'il survenait quelques phénomènes nerveux et des symptômes d'ataxie.

Lorsque la métrite se termine par résolution, il faut ouvrir de bonne heure les abcès accessibles à la vue et au toucher, afin d'éviter les épanchements purulents qui pourraient se former dans l'abdomen; si le pus s'était fait jour dans la cavité utérine, le vagin, le rectum ou la vessie, on ferait dans ces cavités des injections, d'abord émollientes, puis légérement détersives. Dans le cas où la métrite se terminerait par la gangrène, il faudrait suspendre les antiphlogistiques et avoir recours aux antiseptiques et aux toniques qui seraient administrés simultanément en boisson, en fomentations, en injections, en lavements.

DE LA MÉTRITE CHRONIQUE OU DE L'INFLAMMATION SUB-AIGUË DU TISSU PROPRE DE LA MATRICE.

De toutes les maladies auxquelles les femmes sont exposées, il n'en est pas de plus commune et qui soit plus souvent méconnue que l'inflammation chronique de la matrice. Cette affection, en elle-même peu dangereuse, est cependant très fréquemment suivie des conséquences les plus funestes, parce que les personnes qui en sont atteintes, guidées par un sentiment de pudeur naturel, mais non raisonné, attendent, pour consulter un médecin, que leur inommodité et leurs souffrances soient tout-à-fait insupportables, et quelquefois même que les progrès de leur mal l'aient mis au-dessus des ressources de l'art.

Cette affection, ainsi que l'inflammation aiguë de la matrice, peut occuper la totalité de cet organe ou être bornée à son col, de même qu'elle peut succéder à la métrite aiguë ou se manifester primitivement à l'état chronique. Ces observations sur le siége et l'étiologie des inflammations utérines avaient déjà été faites par les anciens; car en parlant de la maladie qui nous occupe, *Aétius* (1) s'exprime ainsi : « *Uterus interdum nullo priùs indicante signo repentè indurantur,* » et *Paul d'Egine*, qui copia une partie des ouvrages *d'Alexandre Trallien* et qui fut en gran-

(1) Contractæ ex veter. tetrab. lib. XVI, cap. 86.

de considération parmi les médecins arabes, dit aussi : « *In scyrrhum* (1) *induratur uterus aliquandò derepentè nullâ progressâ causâ.*

Lorsque l'inflammation chronique de la matrice succède à la métrite aiguë, elle reconnait les mêmes causes ; quand au contraire elle est primitive, elle a des causes spéciales que nous diviserons en prédisposantes et occasionelles. Parmi les premières, on doit ranger les affections morales tristes, le tempérament lymphatique, une enfance scrophuleuse, un vice dartreux ou syphilitique, l'hérédité cancéreuse, une mauvaise alimentation, l'habitation dans un lieu bas ou humide et mal aéré, l'habitude de porter des ceintures trop serrées, et de faire des lectures capables d'entretenir la turgescence de l'utérus. La métrite chronique est plus fréquente depuis la vingtième année jusqu'à la quarantième ; elle s'observe plus particulièrement chez les femmes qui ont eu plusieurs accouchements, des avortements ou même des fausses couches peu pénibles ; chez les jeunes femmes sans enfants et chez les filles pubères dont la menstruation est douloureuse et irrégulière, enfin chez les femmes qui approchent de l'âge critique.

Quand cette affection est primitive, elle peut, com-

(1) De medic. lib. XXIII, cap. 64. *Paul d'Egine* (loc. cit.) et *Aetius* (loc. cit.) désignent l'inflammation chronique du corps de l'utérus par le mot *Scyrrhus*, et celle du col de cet organe sous le nom de *Scleroma*.

me la métrite aiguë, être déterminée par des excès dans le coït, par la masturbation, par la présence d'un pessaire dans le vagin par une métastase dartreuse ou rhumatismale, par le refroidissement des extrémités pendant ou après un exercice violent, par l'application d'un corps froid sur les cuisses pour supprimer une hémorrhagie utérine, par les lotions cosmétiques pendant ou après l'écoulement des règles, l'action de s'asseoir sur un corps frais et humide, tel qu'un banc de pierre, ou de gazon, l'usage immodéré des glaces ou des sorbets dans les bals, les emménagogues violents, le célibat prolongé et la continence absolue, la disproportion réelle ou relative des organes sexuels, la présence d'un ou de plusieurs polypes et les tentatives de leur ligature et de leur extraction, la dilatation forcée de l'orifice utérin, l'usage des chaufferettes et l'exposition des parties génitales à un feu ardent, l'usage du thé ou des boissons alcooliques ; enfin cette affection peut se manifester quelquefois sans cause appréciable qui puisse s'expliquer. A son début la métrite chronique est en général difficile à reconnaître, et on peut tout au plus soupçonner son existence aux changements qui surviennent dans le moral, des femmes qui deviennent tristes, mélancoliques, impatientes et irascibles. Mais ces signes sont en général inutiles aux médecins, qui ne sont consultés presque toujours qu'à une époque où la maladie se traduit par des symp-

tômes assez bien tranchés pour lever toute incertitude.

Afin de mettre plus d'ordre et de clarté dans le diagnostic et le traitement de la métrite sub-aiguë et chronique, nous allons faire connaître séparément les formes principales sous lesquelles elle se présente à l'observation; savoir : 1° l'inflammation sub-aiguë et simple sans engorgement; 2° l'inflammation chronique avec engorgement; 3° l'inflammation catarrhale, sub-aiguë et chronique; 4° l'inflammation avec ulcération; 5° l'inflammation avec granulations.

MÉTRITE CHRONIQUE SANS ENGORGEMENT.

Cette forme de la métrite chronique a été signalée par M. *Lisfranc* et désignée par cet habile praticien sous le nom de *sub-inflammation sans engorgement*; elle est caractérisée par de vives douleurs qui sont augmentées par la station prolongée, l'exercice à pied et en voiture, et surtout par le coït. Les femmes qui en sont atteintes éprouvent un sentiment de chaleur vive et de cuisson dans le bassin, accompagné de pesanteur aux régions lombaires et iliaques et d'une sorte de turgescence et d'ardeur brûlante dans la matrice. La sensibilité de cet organe est tellement augmentée que les efforts pour expulser les matières fécales déterminent de la douleur.

Malgré ces symptômes d'irritation, de quelque manière que l'on pratique le toucher, on ne trouve rien

d'anormal dans le volume, la consistance et la situation du col et du corps de l'organe gestateur, si ce n'est que l'orifice utérin présente une dilatation un peu plus grande que de coutume. L'introduction du doigt dans le vagin et surtout celle du speculum sont extrêmement douloureuses ; ce dernier mode d'exploration permet de constater que le museau de tanche n'est le siége d'aucun engorgement et ne présente rien d'anormal.

Cette sorte de métrite chronique sans changement appréciable de l'utérus se manifeste quelquefois subitement sans cause évidente, et détermine des douleurs qui sont rémittentes et le plus souvent intermittentes. C'est principalement pour cette raison que la plupart des praticiens, considérant cette affection comme purement nerveuse, se bornent à prescrire des moyens palliatifs ou abandonnent la maladie à elle-même, d'où il résulte qu'elle fait de rapides progrès, et que les douleurs vont toujours en augmentant.

Il est donc de la plus grande importance de recourir d'abord aux antiphlogistiques et surtout aux saignées générales, aux bains, aux lavements émollients et narcotiques, aux boissons adoucissantes, etc. Si les douleurs persistaient en se manifestant par accès, on aurait recours à l'emploi du sulfate de quinine combiné avec l'extrait gommeux d'opium.

MÉTRITE CHRONIQUE AVEC ENGORGEMENT.

C'est sous cette forme que la métrite chronique se présente le plus fréquemment à l'observation.

Les engorgements dont le col ou le corps de la matrice peuvent être le siége, doivent être divisés en deux classes présentant plusieurs variétés.

Dans la première classe, comprenant tous les engorgements sans induration, se trouvent, l'hyperthrophie simple, l'engorgement œdémateux, et les engorgements sanguins avec ou sans hémorrhagie; dans la seconde classe, qui comprend les engorgements avec induration, nous rangeons l'hyperthrophie avec induration ou l'engorgement blanc simple, l'engorgement squirrheux, et l'induration tuberculeuse.

Avant de signaler les signes sensibles qui distinguent toutes ces variétés d'engorgements, nous allons faire connaître les symptômes qui sont communs à la plupart d'entr'eux et qui dépendent en partie de l'augmentation du poids et du volume de l'organe utérin, ainsi que de la gêne des parties qui l'avoisinent.

En général, lorsque cet organe est le siége d'un engorgement ou hypertrophie quelconque, son abaissement a presque toujours lieu soit en conservant sa direction naturelle, soit en prenant un degré plus

ou moins considérable d'inclinaison. La pression qui dans ce cas est exercée sur le rectum ou la vessie, détermine souvent une constipation opiniâtre, des douleurs plus ou moins vives dans l'expulsion des matières fécales et des urines, et presque toujours un sentiment de pesanteur et des tiraillements douloureux et pénibles vers le sacrum, dans les aines et les lombes et même dans toute l'étendue d'un des nerfs siciatiques.

Il faut joindre à tous ces symptômes une sensation de chaleur, une douleur obscure et profonde dans l'hypogastre, qui augmente par intervalle pendant la station, la marche, et surtout pendant le coït par la pression du pénis sur le museau de tanche. Cette augmentation de douleur est accompagnée d'une sensation de prurit et d'érosion dans la cavité pelvienne et le plus ordinairement d'une fièvre passagère ou continue, qui dans l'un ou l'autre cas est peu intense et se manifeste surtout à l'époque des règles; enfin les phénomènes communs à toutes les inflammations chroniques de l'utérus, quelle que soit la forme sous laquelle on les observe, sont les suivants : les femmes éprouvent dans la menstruation des modifications remarquables; si leurs règles apparaissent à l'époque ordinaire, elles durent en général moins long-temps et le sang est pâle et presque séreux; quand au contraire elles manquent pendant plusieurs mois, il survient presque toujours une hémorrhagie

qui dure dix, quinze et même vingt jours, et qui entraine la décoloration du visage, la faiblesse et l'amaigrissement. Entre chaque époque menstruelle, il se fait par la vulve un écoulement séro-muqueux ou sanguinolent, ou même un écoulement fétide qu'on a donné comme caractère principal du cancer confirmé et dont la couleur, la consistance et l'abondance sont extrêmement variables. Des phénomènes hystériques surviennent presque toujours, surtout chez les jeunes femmes; quelques-unes d'entr'elles éprouvent des douleurs dans les mamelles, et d'autres symptômes nerveux, tels que des palpitations, des crampes et des fourmillements dans les jambes, de l'oppression, et une inquiétude générale; l'estomac qui est lié à l'utérus par des sympathies si étroites, se ressent presque toujours de l'état pathologique de cet organe; les malades perdent l'appétit, leurs digestions sont laborieuses et accompagnées de nausées, de rapports, de vomissements qui ont cela de particulier qu'ils soulagent ordinairement les femmes et que lorsque l'estomac a rejeté les premiers aliments qu'il contenait, ceux qui sont repris peuvent alors être le plus souvent supportés.

Quand le mal est abandonné à lui-même, les écoulements vaginaux deviennent de jour en jour plus abondants, la santé se détruit de plus en plus, l'affaiblissement augmente, la fièvre lente se déclare, enfin toute l'économie semble participer à l'état mor-

bide de la matrice dont l'inflammation chronique est souvent le prélude d'une affection mortelle; dans quelques cas au contraire, les femmes paraissent jouir pendant long-temps d'une assez bonne santé, et conserver assez bien leur embonpoint, leur coloris et leurs forces malgré les progrès de leur maladie.

La plupart des symptômes que nous venons de signaler, et qu'on ne peut connaître que par le rapport des malades, indiquent toujours que la matrice est dans un état pathologique; mais seuls ils sont de peu de valeur pour établir un diagnostic certain, puisqu'ils peuvent faire soupçonner toute aussi bien l'existence d'une dégénérescence commençante, d'une tumeur polypeuse ou d'un abaissement ou toute autre lésion de situation, qu'ils indiquent que l'organe gestateur est le siége d'une phlegmasie chronique, ou d'un engorgement, simple ou ulcéré.

Pour lever toute incertitude à cet égard, il faut avoir recours au toucher et à l'application du spéculum, qui sont des moyens d'investigation d'autant plus précieux pour établir un bon diagnostic, qu'ils peuvent seuls donner des signes certains pour reconnaître et distinguer parfaitement toutes les affections chroniques de la matrice.

DE L'ENGORGEMENT UTÉRIN SANS INDURATION.

L'engorgement utérin sans induration, n'est pas autre chose que l'affection appelée par M. *Lisfrànc, hypertrophie morbide,* donc le caractère principal est une augmentation de volume de la matrice sans altération du tissu de cet organe.

L'engorgement sans induration, peut occuper la totalité de l'utérus, ou simplement son col, mais le plus souvent cette dernière partie est seule affectée, et il est bon de remarquer que lorsque l'hypertrophie morbide se porte sur un point de l'organe gestateur, elle l'occupe en entier et non par portion isolée, de manière à produire des bosselures, comme cela a lieu dans l'engorgement squirrheux.

Là métrite chronique sans induration, se reconnaît non-seulement aux symptômes que nous avons déjà indiqués, mais encore à d'autres signes plus certains qui sont fournis par le toucher, et le spéculum.

En portant le doigt indicateur dans le vagin, on trouve que les parois de ce conduit, sont ainsi que le col utérin, le siége d'une chaleur anormale et d'une sensibilité beaucoup plus grande que dans l'hypertrophie squirrheuse. Le museau de tanche et le corps de la matrice présentent à peu près la consistance qui leur est propre après une grossesse d'un mois à six semaines. Si l'on voulait dit le célèbre chirurgien

de la Pitié, donner une idée comparative de la sensation éprouvée par le doigt, il faudrait se rappeler celle qui est produite par un lipome non dégénéré, ou la mamelle d'une jeune femme qui a succombé à une mort rapide ou enfin celle d'un corps légèrement compressible et rénitent, élastique, avec quelque chose de spongieux; en pratiquant le toucher par le rectum, on sent le corps de l'utérus céder sous le doigt, comme si l'on pressait un coussin plein de laine ou de coton qui aurait été comprimé.

On trouve ordinairement l'orifice du col, plus dilaté qu'à l'état normal, et le plus souvent le bout de l'indicateur peut y être introduit facilement, mais dans ce cas on n'éprouve pas une sensation de craquement qui a lieu quand il existe un engorgement avec induration. Si l'on explore les parties avec le secours du spéculum, le col en partie effacé et tuméfié comme pendant la grossesse est d'une couleur rouge plus ou moins foncée et quelquefois même d'un rouge brun ou vineux, mais la coloration est uniforme dans toute son étendue; cependant dans certains cas, on remarque çà et là des petites taches isolées qui donnent un aspect pointillé à la surface du museau de tanche.

Il est de la plus haute importance de ne pas confondre l'engorgement simple de la matrice, avec une autre affection bien autrement grave qui en diffère

essentiellement et qui n'est autre chose que le ramollissement du parenchyme utérin. Lorsque cet état pathologique existe, le tissu de l'organe gestateur, fuit sous la pression du doigt comme la peau d'une pomme pourrie; au lieu de rencontrer un tissu élastique, spongieux et donnant la sensation d'une mamelle de jeune femme ou d'une tumeur lipomateuse, on trouve un tissu pultacé, athéromateux et dont les enveloppes semblent renfermer des matières ayant la consistance d'une bouillie brunâtre ou du miel demi-liquide; cet état morbide, qui est souvent accompagné d'ulcération superficielle, constitue ce que la plupart des auteurs ont appelé le cancer occulte.

Comme cette dernière lésion pathologique n'offre quelques chances de salut que dans l'ablation des parties dégénérées, il importe beaucoup de ne pas la confondre avec l'engorgement morbide simple qui est très-curable et n'exige jamais aucune opération. Aux signes différentiels que nous venons d'énumérer, on peut ajouter que l'hypertrophie sans induration est ordinairement de date récente et qu'elle occupe le col et souvent la totalité de la matrice, tandis que le squirrhe et le cancer remontent à une époque plus reculée et restent long-temps limités à une petite portion de l'organe utérin.

Le traitement de cette sorte de métrite chronique présente deux indications différentes selon que l'engorgement existe avec ou sans douleur : dans le

premier cas on doit avoir recours aux antiphlogistiques, aux boissons émollientes et tempérantes, aux injections presque froides et aux lavements adoucissants et à la même température, aux petites saignées du bras qui doivent être plutôt révulsives que spoliatives et qu'il faudra pratiquer autant que possible, six ou huit jours après l'écoulement des règles, afin de dissiper la pesanteur, la douleur et le reste de congestion qui se manifestent ordinairement après chaque évacuation menstruelle.

Cependant si la femme était forte et d'un tempérament sanguin et plétorique, il faudrait commencer le traitement par une saignée spoliative de deux à trois palettes. Dans tous les cas on prescrira le repos absolu, l'abstinence complète des rapprochements conjugaux, et l'on soumettra la malade à un régime qui pourra être un peu modifié selon ses habitudes et son tempérament mais qui en général sera composé de légumes, de viandes blanches, de poissons, de laitages, de fruits cuits, etc.

Si l'engorgement n'était accompagné que de peu de douleur, et qu'ilât ne rest qu'un sentiment de pesanteur dans la cavité pelvienne, on aurait également recours au moyen déjà indiqué, mais dans ce cas, il serait bon (afin de hâter la résolution) de permettre un peu d'exercice, et de recourir aux révulsifs, tels que les ventouses sèches ou scarifiées, les douches autour du bassin, les petits moxas, soit d'après la

méthode du baron *Larrey*, soit au moyen d'un marteau de fer plongé dans de l'eau bouillante, comme le conseille M. *Mayor* de Lauzanne. Pour boisson ordinaire, on prescrira quelques tisanes amères, et on permettra l'usage modéré du coït qui en procurant une légère excitation, contribuera à dissiper le reste de la maladie; dans le cas ou malgré l'emploi méthodique de ces moyens, la femme continuerait d'éprouver quelque gène ou quelque douleur dans le bassin, on s'assurerait de l'état des parties à l'aide du spéculum et si l'on trouvait quelques excoriations sur le museau de tanche, on les ferait disparaître en les cautérisant avec le nitrate acide de mercure.

Quoique ce traitement soit simple il doit pour réussir être suivi avec scrupule et opiniâtreté; car la guérison qui exige en général d'un mois à trois mois peut dans certains cas se prolonger plus long-temps. La malade et son médecin doivent donc s'armer de patience et ne pas juger du progrès de la cure, par la marche des douleurs, car ainsi que le fait observer M. *Lisfranc*, on les voit quelquefois augmenter à mesure que l'engorgement diminue.

DE L'OEDÈME DU COL DE LA MATRICE.

Cette augmentation du volume du col utérin, qui a été signalée par M. *Duparcque* (1), est une affection extrêmement rare qui semble devoir attaquer

(1) Traité des altérations organiques de la matrice, p. 92

principalement les femmes d'un tempérament lymphatique, sujettes aux affections catarrhales et surtout aux leucorrhées anciennes et abondantes.

Les causes déterminantes de l'œdème du col de la matrice ne sont pas connues, cependant il paraitrait qu'elle peuvent être le résultat de la suppression brusque d'un catarrhe utérin abondant et séreux, surtout chez des personnes convalescentes et encore atteintes d'une atonie générale; selon M. *Duparque* (loco citato) cette affection peut aussi être la conséquence des violences qu'à subies le col utérin pendant l'accouchement; mais dans ce cas, l'engorgement œdemateux, qui persiste ou augmente jusqu'à la fièvre de lait, diminue ou disparait ordinairement avant six semaines ou deux mois.

En pratiquant le toucher vaginal, le col de la matrice qui est ordinairement abaissée, est le siége d'une tumeur en forme de bourrelet circulaire présentant à son centre une dépression infundibuliforme qui aboutit à une ouverture étroite. Porté jusqu'au niveau de l'insertion du vagin, ou introduit dans le rectum, le doigt distingue facilement que la tumeur est étranglée supérieurement, et se confond avec le corps de l'utérus dont le volume n'est pas augmenté. L'espèce d'engorgement que l'on trouve, est indolent presque insensible au toucher, et beaucoup plus léger et plus élastique que les autres; d'ailleurs il sera toujours facile de le distinguer et d'établir un diagnos-

tic certain au moyen du spéculum, qui permettra d'apercevoir une tumeur transparente, blanchâtre, conservant l'impression du doigt, et formant un bourrelet qui semble être étranglé à son point d'union avec l'utérus.

Le traitement local de cette affection œdémateuse qui a été peu observée, paraît devoir consister dans l'emploi de mouchetures pratiquées sur le pourtour du museau de tanche et de quelques injections astringentes. Le traitement général, doit varier selon les circonstances et les causes qui ont produit et qui entretiennent la maladie. Cependant dans la plupart des cas, on prescrira l'usage intérieur des diurétiques, des sudorifiques aromatiques conjointement avec des fumigations stimulantes et sèches, faites avec le benjoin ou les baies de genièvre Nous pensons qu'il serait également avantageux de recourir dans quelques circonstances à l'emploi des toniques et principalement des préparations martiales.

ENGORGEMENTS SANGUINS DE LA MATRICE, AVEC ET SANS HÉMORRHAGIE.

Les engorgements congestifs qui ont été de même que le précédent, signalés par M. *Duparcque* présentent deux variétés dont nous allons établir les caractères d'après l'habile praticien que nous venons de citer.

La première espèce ou engorgement par congestion sanguine simple, outre son développement aux épo-

ques menstruelles et après l'accouchement, peut être produit par toutes les causes générales de la métrite et les excitants spéciaux, susceptibles de provoquer et d'entretenir un afflux sanguin trop considérable vers l'organe gestateur; l'engorgement sanguin simple qui est variable dans son volume, peut être porté à un degré tel, que la matrice acquiert quelquefois en peu de temps, un volume égal à celui qu'elle présente au quatrième ou au cinquieme mois de la grossesse. Cet état de congestion du parenchyme utérin qui augmente un peu la consistance naturelle des parties, et qui ne détermine d'autres douleurs que celles résultant des contractions de l'organe, ne doit pas être confondu avec l'engorgement, produit par l'inflammation aiguë de la matrice. Cette dernière affection s'en distingue par divers signes que nous ferons connaître bientôt, et surtout par une très grande sensibilité; par un développement moins considérable de l'organe et par tous les phénomènes généraux et locaux indiquant un travail inflammatoire.

D'après le docteur *Duparcque* que nous citons textuellement; les symptômes de l'engorgement sanguin de l'utérus, sont à peu près les mêmes, mais à un degré moindre que ceux de la métrite; sentiment de gonflement, de tension ou de pesanteur dans le bassin; douleurs lombaires, sacrées et inguinales, douleurs utérines par accès plus ou moins fréquem-

ment répétées et prolongées, pendant lesquelles il semble que la matrice se contracte violemment pour exprimer le sang qui l'engorge; douleurs particulières désignées par les noms de coliques ou crampes utérines, de ténesmes utérins et enfin de tranchées. Ces douleurs sont parfois tellement violentes, que les malades sont obligées de se tenir fortement courbées en avant pendant leur durée. Cependant la pression, ainsi que le toucher, constatent l'insensibilité des parties engorgées, du moins dans l'intervalle de ces tranchées, au contraire de l'engorgement par inflammation qui est le siége de douleurs plus violentes ou d'une sensibilité constante.

Les phénomènes généraux, tantôt nuls, d'autrefois très prononcés, portent sur le système nerveux et circulatoire; delà des névroses variées etc. Delà, fièvre, état général alors rare, ou qui ne dure que peu de temps.

M. *Duparcque* a rapporté plusieurs observations qui prouvent que l'engorgement par congestion passe à l'état de phlegmasie sub-aiguë et delà à des transformations organiques plus profondes; il ajoute que cette affection sert souvent de prodrome aux métrites aiguës ou chroniques, aussi bien qu'aux engorgements hémorrhagiques dont nous allons parler. Quand la congestion existe, les causes les plus légères peuvent développer l'inflammation ou exciter des pertes sanguines. Du reste l'engorgement sanguin simple et

recent, ne laisse que peu ou point de traces à l'autopsie, parcequ'au moment de la mort, les fluides engorgeants rétrogradent et abandonnent le système vasculaire de l'organe gestateur.

Le traitement de cette affection doit consister d'abord, à diminuer le mouvement fluxionnaire en éloignant les causes qui l'ont déterminée ou qui l'entretiennent et en l'appelant vers d'autres régions au moyen des saignées dérivatives, des ventouses, et des irritants appliqués plus ou moins de l'organe congestionné. Lorsque après l'emploi de dérivatifs, l'engorgement, ne sera pas dissipé, on favorisera l'établissement du flux hémorrhagique local qui est le mode de terminaison le plus naturel de la congestion utérine. Les moyens qui dans ce cas devront être mis en usage varieront selon les circonstances. Ainsi, on aura recours aux bains locaux, aux boissons relâchantes, aux applications émollientes, aux antispasmodiques, aux sédatifs, pour combattre à la fois, la rigidité de la matrice, qui, ainsi que l'état nerveux et anormal de cet organe peut être la cause de la rétention du flux sanguin. Enfin on pourra suppléer à cet écoulement, au moyen d'une application de sangsues sur le museau de tanche, et si l'engorgement congestif était entretenu par un état atonique de l'organe, on devrait employer les astringents ou encore mieux, le seigle érgoté à la dose d'un gros pris par fraction de quelques grains et renouvelé toutes les

deux heures. Si la congestion sanguine, résistait aux moyens basés sur les principes que nous venons d'établir, il est probable qu'on aurait affaire à une autre altération qu'on tâcherait de reconnaître et de combattre par des agents thérapeutiques qui devraient varier selon la nature du mal.

ENGORGEMENT CONGESTIF AVEC HÉMORRHAGIE.

Cet espèce d'engorgement qui peut occuper la totalité ou seulement le col de la matrice, se développe de la même manière que le précédent; il est également produit par les mêmes causes, c'est-à-dire par un mouvement fluxionnaire qui dans ce cas est excessif et surtout plus prolongé, et qui est toujours accompagné d'une hémorrhagie abondante et continuelle. Ce flux sanguin par la vulve, dont la couleur, l'abondance et la consistance sont variables, est le symptôme le plus constant de l'engorgement qui nous occupe.

Si l'on explore les parties au moyen du toucher et du spéculum, on trouve le col tuméfié, ramolli, et d'une couleur rouge plus ou moins foncée; l'orifice utérin qui est agrandi en proportion de l'engorgement, est ainsi que toute la surface de la tumeur le siége d'une exsudation sanguine qui quoique souvent considérable et permanente ne diminue en rien la congestion. Le museau de tanche enduit de sang caillé, parait lisse à la vue mais un peu inégal au toucher;

en exercant une légère pression on éprouve un sentiment de crépitation et l'on détermine un suintement de sang noir qui s'échappe comme d'une éponge.

Les phénomènes généraux, qui sont la conséquence des pertes continuelles du sang, varient selon leur durée et leur abondance. La peau devient de plus en plus décolorée, les forces diminuent graduellement, la malade qui éprouve des tiraillements et une sensation de faiblesse, sur les régions pécordiale et hypogastrique perd bientôt l'appétit ou semble quelquefois insatiable.

Lorsque la maladie est parvenue à sa dernière période, la peau prend une teinte jaune paille, comme dans les affections cancéreuses ordinaires, les yeux semblent éteints, et si l'on voit quelques femmes conserver les apparences d'un certain embonpoint, c'est parceque la surface de leur corps est devenue le siége d'un boursoufflement général qui déguise le marasme de leurs muscles. Si l'on pratique alors le toucher on trouve le col utérin macéré, et transformé en une sorte d'ulcère présentant une couche ramollie, putrilagineuse et limitée par un tissu dur et comme squirrheux. L'engorgement hémorrhagique parvenu à cette période, est extrêmement grave, et il n'y a plus d'espoir de voir revenir à l'état normal, les tissus aussi profondément altérés. Lorsque l'affection est récente, ou semble être un prolongement et une augmentation de la congestion hémorrhagique des

époques menstruelles ou de l'accouchement, le pronostic est alors moins fâcheux et l'on peut même presque toujours obtenir une guérison parfaite si on a recours à un traitement rationnel et modifié suivant les circonstances. En général, le danger de la maladie est subordonné à la violence et à la durée des hémorrhagies utérines.

Le traitement de l'engorgement par congestion avec flux sanguin, se trouvant encore dans une période peu avancée, c'est-à-dire sans ramollissement des tissus, est à peu près le même que celui de l'engorgement par congestion simple ; ainsi il doit également se borner d'abord, aux saignées derivatives, et aux ventouses sèches et scarifiées, aux sinapismes, etc. Si comme il arrive souvent ces moyens ne pouvaient arrêter le mouvement fluxionnaire, et par conséquent les pertes utérines, on devrait renoncer à l'emploi des saignées pour recourir à une médication astringente et styptique qui quoique nuisible dans le principe, convient lorsque l'engorgement hémorrhagique, est entretenu par un état d'atonie et de relâchement des tissus malades, ce qui a lieu ordinairement quand la maladie existant depuis quelque temps a déterminé un affaiblissement général. Dans ce cas on obtiendra les plus heureux effets, de l'usage intérieur de l'extrait de ratanhia, des décoctions d'écorces de chêne, des solutions alumineuses, des acides minéraux, des préparations et des eaux minérales

férrugineuses naturelles ou artificielles, entr'autres, celles de Spa, de Forges, de Passy, etc. ; enfin, le seigle ergoté, semble offrir dans ce cas des avantages qui ont été constatés par plusieurs praticiens principalement par le docteur *Duparcque.* Lorsque le mal est parvenu à un degré tel que les parties sont ramollies et désorganisées, la thérapeutique médicale doit se borner à des palliatifs; on ne pourrait espérer une guérison, que par la destruction de la partie malade au moyen de l'instrument tranchant ou de la cautérisation, mais malheureusement il est difficile et même impossible de pouvoir reconnaître les limites de l'altération, et par conséquent savoir si elle est complètement accessible aux opérations chirurgicales. Nous terminerons en disant que l'engorgement par congestion avec l'hémorrhagie, présente une si grande analogie avec le fongus hématode qu'il est probable qu'un grand nombre de cas de cancers fongueux de la matrice rapportés par les auteurs n'étaient autre chose que l'engorgement hémorrhagique parvenu au dernier degré. Ce qui distingue surtout cette dernière lésion des fongus, c'est que les hémorrhagies qui l'accompagnent sont plus tenaces, plus abondantes, plus continuelles et que la tumeur ne présente pas une base rétrécie et un pédicule induré, comme cela a lieu dans les cancers fongueux de l'utérus ; cette distinction est de la plus grande importance pour le traitement chirurgical ; dans le

fongus, on peut espérer d'atteindre les limites du mal, tandis que dans l'engorgement hémorrhagique, il arrive souvent que l'altération des tissus se prolonge jusque sur le corps de l'organe, ce qui contr'indique toute opération chirurgicale, qui seraient cependant les seuls moyens à employer avec quelque espoir de guérison.

Lorsque les malades ont succombé, on trouve le col utérin boursouflé, et transformé en un tissu mou, friable, d'une couleur noirâtre. Le parenchyme de la matrice, est aussi plus ou moins désorganisé et réduit en une masse de filaments fibro-celluleux et vasculaire, se déchirant facilement et perdus au milieu du sang noir et coagulé qui s'y est infiltré; M. *Duparcque*, compare cette altération au tissu d'une rate engorgée et à demi putréfiée. La surface externe de l'organe présente ordinairement une couche plus ou moins épaisse de tissus sains, tandis que le parenchyme est d'autant plus désorganisé qu'on l'examine plus près de la cavité de l'utérus.

DE L'ENGORGEMENT PRIMITIF AVEC INDURATION.

Cette espèce d'engorgement avec induration, offre plus d'un point de similitude avec l'engorgement simple sans induration. Il est produit par les mêmes causes, s'annonce par les mêmes symptômes et détermine les mêmes accidents généraux, mais la dureté

dont le toucher signale l'existence dans le tissu de la matrice, est un signe tellement caractéristique de l'engorgement avec induration, qu'il est impossible de le confondre avec l'hypertrophie morbide sans induration dont nous avons parlé précédemment.

L'engorgement blanc simple avec induration, remonte ordinairement à une époque peu reculée, et la plupart des malades disent que leurs souffrances se sont manifestées à la suite d'une suppression brusque de leurs règles, d'un avortement recent ou d'un accouchement qui, ainsi que les deux autres accidents s'étaient effectués depuis deux ou trois mois. La date recente de l'induration rend la cure ordinairement prompte et facile, mais il est important de distinguer cette espèce d'engorgement, avec l'engorgement squirrheux.

Dans l'un et l'autre cas, les douleurs peuvent être nulles ou également lancinantes, et en pratiquant le toucher, on reconnaît que la matrice présente un poids et un volume plus considérables qu'à l'état normal. Dans l'engorgement avec induration simple, le tissu est un peu moins dur, et présente une surface unie et de couleur rosée; tandis que l'engorgement squirrheux offre des bosselures, et des inégalités et de plus la muqueuse du col utérin qui paraît d'un blanc mât, est beaucoup plus sensible au toucher. Enfin, le traitement étant le même en tous points, l'hypertrophie avec induration simple, n'exige en

général qu'un traitement d'un à trois mois ; il faut au contraire un temps beaucoup plus long pour obtenir la résolution d'un engorgement squirrheux, ce qui est extrêmement difficile et même impossible quand la maladie est ancienne. M. *Duparcque* dit avec raison que la transition des engorgements durs de l'état curable à l'état incurable n'est pas facile à saisir; ce n'est guère que sur des circonstances éventuelles que l'on peut, sous ce rapport, établir un diagnostic. Selon le même auteur, la guérison est possible tant que l'induration reste formée par une substance fibro-albumineuse, déposée dans les mailles du tissu cellulaire de l'organe malade ; mais la résolution ne peut plus avoir lieu, lorsque la même substance passe à l'état cartilagineux, et à plus forte raison à l'état d'ossification. Du reste, le diagnostic est moins important qu'on pourrait le croire, parce que le traitement est le même dans les deux cas, seulement les chances de guérison sont bien différentes. Les moyens curatifs des engorgements durs primitifs sont également indiqués dans les indurations squirrheuses; mais alors ils ne sont que des palliatifs qui arrêtent quelquefois les progrès du mal et rendent les douleurs beaucoup plus supportables.

Le traitement de l'engorgement simple avec induration diffère très peu de celui de l'engorgement simple sans induration ; c'est-à-dire qu'il faut recourir d'abord aux antiphlogistiques, puis aux ré-

solutifs et aux fondants administrés soit à l'intérieur soit à l'extérieur sous la forme de frictions. Les bains sulfureux, les douches ascendantes vers le col et autour du bassin sont également prescrits avec avantage. Enfin, si la maladie était réfractaire, on joindrait à ces moyens les révulsifs puissants, tels que les moxas, les sétons, les cautères, etc. En général l'affection cède facilement aux moyens qu'on lui oppose, quelquefois même la guérison s'opère par les seuls efforts de la nature, mais ordinairement lorsque le mal est abandonné à lui-même, il dégénère en squirrhe et se trouve bientôt au-dessus des ressources de l'art.

DE L'ENGORGEMENT SQUIRRHEUX.

L'engorgement squirrheux est produit par les mêmes causes et présente les mêmes symptômes que les engorgements simples avec ou sans indurations : quoique les douleurs lancinantes qu'il détermine soient en général plus vives, plus fréquentes, on ne doit pas, ainsi que le prétendent la plupart des auteurs, les regarder comme étant un caractère essentiel, puisqu'elles peuvent exister dans les engorgements sans dégénérescence squirrheuse.

Les signes qui distinguent particulièrement le squirrhe du col de la matrice sont, comme nous l'avons déjà dit, la lenteur avec laquelle la tumeur s'est développée, la dureté comparable à celle d'une

pétrification, et les inégalités et les bosselures que le doigt perçoit lorsqu'on pratique le toucher; enfin, la couleur blanc mat ou quelquefois jaune éburné que présente le col utérin lorsqu'on explore les parties au moyen du spéculum.

Le traitement ne diffère pas de celui de l'engorgement avec induration simple; on ne devra jamais perdre de vue que le traitement étant ordinairement très long, il faut pour cette raison ménager davantage les forces de la malade, et ne recourir aux émissions sanguines qu'avec prudence et ménagements; d'ailleurs, on modérera l'activité de la circulation avec des boissons tempérantes, les bains, le repos, la diète, l'usage interne du nitrate de potasse, de la digitale pourprée; et dans le but de modifier les éléments organiques du sang qui paraissent plus particulièrement concourir à la formation des engorgements squirrheux, on insistera davantage sur les pilules savoneuses, les minoratifs salins, les exutoires, les diaphorétiques, etc. Enfin, pour diriger, autant que possible, l'afflux sanguin vers des régions plus ou moins éloignées, on renouvellera fréquemment l'emploi des ventouses sèches, des frictions excitantes sur la peau, des sinapismes volants, des bains sulfureux, des douches, etc. En parlant du traitement général des engorgements de l'utérus, nous ferons connaître la manière d'employer les différents moyens dont il vient d'être question, et les

diverses modifications qu'exige leur application suivant les circonstances.

Quoique la plupart des auteurs aient regardé les engorgements durs comme étant à peu près incurables, nous pensons avec MM. *Lisfranc, Récamier, Duparcque* et quelques autres praticiens distingués de notre époque, que les tumeurs squirrheuses de la matrice peuvent, comme il arrive souvent pour celles du sein, céder à un traitement persévérant et bien dirigé. Les trois praticiens que nous venons de citer ont publié des observations nombreuses qui confirment cette opinion; d'ailleurs, si *Hippocrate, Galien, Féaron, Hufeland, Ledran, Vacher, Pouteau Marc Antoine Petit* de Lyon, MM. *Récamier* et *Lisfranc*, et quelques autres sont parvenus à faire résondre des tumeurs indurées des mamelles, pourquoi se refuser à admettre un semblable résultat pour les engorgements durs et chroniques de l'utérus. Ce qui prouve encore la possibilité de la résolution des tumeurs squirrheuses, c'est qu'on l'a vu s'effectuer par les seuls efforts de la nature. M. *Pauly* rapporte que deux femmes condamnées par M. *Lisfranc* pour un engorgement de la matrice, se sont parfaitement rétablies sans s'être soumises à aucun traitement. (Maladies de l'utérus, page 315)

Nous terminerons en disant que tous les engorgements durs simples ou présumés de nature squirrheuse, qui se sont développés à la suite d'un trouble

de la menstruation ou d'un accouchement, sont généralement susceptibles de résolution. Ceux qui surviennent ou qui augmentent à l'époque critique, résistent ordinairement à tous les moyens qu'on leur oppose; mais avec le secours d'un traitement bien dirigé, ils restent souvent stationnaires. Enfin, les engorgements durs dont le pronostic est le plus funeste, sont ceux qui se couvrent de bosselures molles, et qui font éprouver des douleurs lancinantes et profondes; dans ce cas on a la certitude de leur transformation prochaine et inévitable en cancer ulcéré.

INDURATION TUBERCULEUSE.

L'induration tuberculeuse de la matrice est plus fréquente qu'on ne le pense généralement. Elle attaque principalement les femmes d'un tempérament lymphatique et d'une constitution faible et molle. La nature de cette affection et la cause immédiate qui la produit, ne sont pas connues; cependant nous nous rangeons du côté des médecins qui la regardent comme étant l'effet d'une inflammation chronique qui ne peut se développer que chez les personnes qui y sont prédisposées. Les circonstances qu'il est raisonnablement permis de regarder comme pouvant faciliter la production de l'induration tuberculeuse qui nous occupe, sont l'usage intérieur du mercure, le défaut d'exercice;

le séjour dans un lieu obscur, une profession sédentaire, une alimentation peu nutritive et plusieurs autres causes, qui n'ont aucune action, sans une certaine prédisposition que nous ne pouvons apprécier.

Les signes qui font reconnaître l'induration tuberculeuse du col de la matrice, nous sont fournis par le toucher vaginal et l'exploration au moyen du spéculum. En portant le doigt sur le museau de tanche et en y exerçant une légère pression, on reconnaît que son tissu est le siége de points durs qui font une saillie plus ou moins considérable, et qui sont séparés les uns des autres, par des dépressions ayant la consistance normale du col de l'utérus à l'état sain. Il arrive cependant quelquefois que le tissu déprimé qui sépare chaque induration, se trouve hypertrophié par la matière tuberculeuse. Dans quelques cas, les points saillants convertis par degrés et par portions, en un liquide puriforme, ne tardent pas à s'ouvrir, à donner naissance à de petites ulcérations scrophuleuses dont plus tard nous aurons à nous occuper. Lorsque les tubercules, quoique ramollis, ne sont pas ouverts, ils font éprouver au doigt explorateur la sensation d'une dégénérescence partielle, et dans ce cas le diagnostic ne peut être établi d'une manière certaine, parce qu'alors on ne s'appuie en quelque sorte que sur la constitution de la femme, l'exploration des parties avec le secours du

spéculum, permet presque toujours d'apprécier la nature de la lésion lorsque l'engorgement tuberculeux est ouvert, parce qu'en appuyant légèrement l'extrémité de l'instrument sur le col utérin, on voit jaillir du centre de l'ouverture un flot de matière puriforme de nature tuberculeuse.

La marche de cette affection est ordinairement lente; elle offre en général peu de dangers par elle-même, puisque par les seuls efforts de la nature, on a vu des cavernes tuberculeuses se cicatriser temporairement ou définitivement; cependant cette heureuse terminaison n'a lieu ordinairement qu'avec lenteur, parce que souvent, il survient de nouveaux foyers tuberculeux, à mesure que les anciens marchent vers la cicatrisation. Du reste, cette maladie exige le traitement local et général des ulcérations scrophuleuses; c'est-à-dire que dans le cas où elle sera récente, on aura recours aux antiphlogistiques, employés avec ménagements à cause de la constitution faible des malades, et on prescrira ensuite, surtout si le mal est chronique, les tisanes amères de houblon, de gentiane, les préparations ferrugineuses, la teinture d'iode à la dose de 10 à 30 gouttes par jour, l'usage des eaux sulfureuses, spécialement celles de Bonnes et de Barège, naturelles ou factices, les frictions mercurielles à la face interne des cuisses et sur la région hypogastrique, enfin les fondants, les toniques et tous les moyens thérapeutiques, hygiéniques, et diététiques qui conviennent aux affections tuberculeuses.

DE LA LEUCORRHÉE OU FLEURS BLANCHES.

De toutes les dénominations données à cette maladie, celle de *catarrhe utérin* paraît d'abord la plus exacte, parce qu'on est convenu de comprendre sous le nom générique de *catarrhe* toutes les inflammations des membranes muqueuses, et qu'on regarde assez généralement la leucorrhée comme étant le résultat d'une phlegmasie de la membrane interne de la matrice. Cependant, si d'une part l'on considère que la dénomination de catarrhe utérin ne sépare pas dans l'esprit la leucorrhée proprement dite de la blennorrhagie syphilitique, qu'il faut toujours distinguer, surtout dans la pratique; si d'un autre côté on se rappelle que le flux leucorrhéique, loin d'être toujours le résultat d'une inflammation de la muqueuse utérine, est le plus souvent déterminé par un relâchement et une atonie de la muqueuse utéro-vaginale, on conviendra que le mot de catarrhe utérin n'est pas à l'abri d'une critique méritée. Par exemple, est-il permis de regarder comme étant le produit d'une phlegmasie de la membrane interne de l'utérus, la leucorrhée qui succède à des bains tièdes, à un régime debilitant, et surtout celle qui, après une émotion vive de l'âme, survient subitement, coule sans prurit, sans douleur, et n'est accompagnée que de quelques symptômes nerveux, tels que des bâillements, de légers tiraillements d'estomac, un

malaise général cessant avec la cause morale qui leur a donné naissance. Cet état passager ne porte-t-il pas avec lui plutôt le cachet d'une débilité, ou d'une affection spasmodique que celui d'une véritable inflammation. Peut-on mieux attribuer à un état inflammatoire périodique, le flux séro-muqueux qui prépare, complète ou même remplace l'écoulement des règles?

Quoique le mot *leucorrhée* n'offre pas lui-même une parfaite exactitude, et qu'il n'indique que le symptôme constant d'une affection utéro-vaginale caractérisée, surtout par un écoulement plus ou moins blanc, nous avons cru qu'il devait être préféré au mot *catarrhe utérin*, soit parce que, comme ce dernier, il ne fait rien préjuger sur les causes, la nature et le siége du mal, soit parce qu'il est d'ailleurs consacré par un usage plus général.

La leucorrhée dont le nom dérive des deux mots grecs, λευκος, *blanc*, ρεω, *je coule*, a été observée dès la plus haute antiquité et a reçu presque autant de dénominations qu'il y a d'auteurs qui s'en sont occupés. *Hippocrate, Arétée, Galien, Avicène,* en ont fait mention avec beaucoup de détails, mais, ainsi que la plupart de leurs successeurs, n'étant appuyés que sur les connaissances anatomiques et physiologiques de leur époque, ils ont émis des opinions plus ou moins fausses sur la nature et le siége de cette maladie. Si *Avicène* et *F. Hoffmann* se sont

moins éloignés de la vérité en désignant les vaisseaux sécréteurs des menstrues, comme étant le point de départ de la leucorrhée, *Degraff*, *Hernius*, *Severin*, *Pinault*, et surtout *Chureton*, *Morgagni* et *Bonnet* s'en approchèrent bien plus encore, en considérant cet écoulement comme étant une sécrétion pathologique des glandes muqueuses dont ils avaient constaté l'existence et les orifices dans l'intérieur des parties génitales. Mais il était réservé aux travaux des médecins modernes, surtout à ceux de *Pinel* et de *Bichat*, de faire connaître d'une manière invariable, les maladies, l'organisation et les fonctions des membranes muqueuses.

Sans regarder l'inflammation comme étant la cause unique de la leucorrhée, nous disons que quelle que soit l'origine de cette affection, elle a pour caractère principal et constant, une sécrétion anormale d'un fluide muqueux, plus ou moins blanc, et s'échappant par la vulve en proportion indéterminée et avec des nuances et une consistance variables.

Voulant isoler cette maladie, comme elle doit l'être dans son étude et dans son traitement, nous ne comprendrons sous le nom de *leucorrhée* que la supersécrétion essentielle et séro-muqueuse qui résulte soit d'une inflammation simple subaiguë ou chronique de la membrane interne utéro-vaginale, soit d'un état d'atonie générale ou locale. Il ne sera donc pas question dans ce chapitre des écoulements purulents symp-

tômatiques qui dépendent de la blennorrhagie et des autres affections syphilitiques, du catarrhe utérin aigu proprement dit, qui a une marche rapide, enfin, ceux qui sont produits par la présence d'un pessaire ou d'autres corps étrangers, par diverses altérations de la matrice et du vagin, entr'autres les tumeurs squirrheuses, polypeuses, fibreuses, cancéreuses, les ulcérations du museau de tanche, l'hydropisie et la suppuration des ovaires et des trompes, et plusieurs autres lésions qu'il est inutile de rappeler.

Quoiqu'on soit généralement d'accord aujourd'hui que la leucorrhée a sa source immédiate dans les follicules et sur toute la surface de la membrane interne de la matrice et du vagin, diverses circonstances feraient croire que le flux leucorrhéique pourrait également être formé en partie par une exhalation séreuse des vaisseaux qui sécrètent le sang menstruel. En effet, n'observe-t-on pas qu'un fluide séreux regardé comme des flueurs blanches légères, précède ordinairement l'éruption des règles, et que lorsque cette dernière évacuation est irrégulière, elle alterne avec une leucorrhée qui s'augmente d'autant plus que l'écoulement sanguin est moins abondant, *et vice versa*. Ne voit-on pas également une suppression des règles être souvent remplacée par une leucorrhée salutaire, et ne sait-on pas, comme *Friend* l'a observé, que les femmes qui dans ce cas ont des flueurs blanches abondantes ressentent moins les effets fâ-

cheux de leur suppression, et que le même phénomène se présente souvent chez elles à la cessation définitive des menstrues. Si les liens intimes de ces deux évacuations peuvent encore être rendus évidents par la remarque que l'apparition des règles suspend ordinairement la leucorrhée, on peut démontrer d'autre part que les flueurs blanches qui se manifestent pendant la grossesse, sont uniquement fournies par les cryptes muqueux du vagin, ce qui du reste tendrait à prouver que la leucorrhée peut avoir son origine dans chacune des sources que nous venons d'indiquer ou dans l'une ou l'autre isolément. Malheureusement les faits précis nous abandonnent, et sans eux il ne reste que des conjectures et des incertitudes.

Dans les cités populeuses, comme sur un sol de prédilection, la leucorrhée se développe sous l'influence d'un si grand nombre de causes, qu'il y a très peu de femmes, surtout à Paris, qui en soient complétement exemptes. Quoique cette affection se manifeste plus spécialement depuis la première apparition des régles jusqu'à l'époque de leur cessation, il n'est pas d'âge qui en soit exempt. *G. P. Neuter, Jean Dolœus, Roderic a Castro, Fernel, Morgagni* et d'autres auteurs ont vu des petites filles de six ou huit ans qui en étaient atteintes; nous avons eu nous-même l'occasion d'en constater plu-

sieurs exemples, entr'autres sur une enfant nouvellement née.

Le catarrhe utéro-vaginal, que M. *Alibert* regarde avec raison comme étant celui auquel la femme est le plus souvent assujétie par sa propre constitution organique, peut également s'allier avec tous les tempéraments; mais un tempérament lymphatique, une débilité générale, un état cachectique, une certaine susceptibilité inflammatoire des membranes muqueuses, propre à certains sujets, sont autant de circonstances qui prédisposent à cette affection.

Ainsi on la rencontre plus particulièrement chez les femmes grandes, blondes, nerveuses, vaporeuses, grêles, délicates, chez celles qui ont la chevelure rousse et la peau parsemée de taches. Si les femmes qui ont la peau brune et les cheveux noirs, n'en sont point exemptes, elle est plutôt l'apanage de celles qui sont dans des circonstances opposées.

Une température habituellement froide et humide, un séjour prolongé dans des régions basses, marécageuses, favorisent aussi d'une manière particulière la production de la leucorrhée; c'est principalement à la réunion de ces deux circonstances, que *Sylvius* attribue la fréquence de cette maladie, chez les Hollandaises, qui pour la même raison est commune dans une partie de la Belgique, dans la

basse Normandie et dans certaines contrées de l'Angleterre.

Le genre de vie auquel l'état social condamne les femmes qui habitent les grandes villes, les livre pour ainsi dire sans défense, aux causes nombreuses des phlegmasies chroniques de la muqueuse utéro-vaginale.

Ainsi, dans les cités populeuses, l'oisiveté, la mollesse, la vie sédentaire, la promiscuité continuelle des sexes, et la fréquentation des lieux où tout respire le plaisir; les veilles prolongées, la danse, les occupations frivoles et l'étude des arts qui donnent une nouvelle activité à l'imagination; les lectures érotiques, l'établissement pernicieux d'une puberté hâtive et artificielle; l'ébranlement prématuré des organes génitaux; les jouissances solitaires; la concentration des sentiments et des pensées sur des objets qui tiennent les organes génitaux dans une sorte de turgescence et d'excitation permanente; enfin une foule d'habitudes vicieuses et d'excès de tous genres qui, imprimant des modifications plus ou moins profondes sur la constitution générale, réagissent plus particulièrement sur la sensibilité de la matrice qui, chez la femme, est non-seulement l'organe le plus apte à se prêter aux mouvements fluxionnaires, mais encore le centre vers lequel toutes les actions morbifiques semblent principalement aboutir.

L'usage des chaufferettes, du café au lait, du thé, peut aussi contribuer pour beaucoup dans la production de la leucorrhée; il en est de même de l'usage trop fréquent des viandes et des poissons salés, des coquillages, des substances farineuses, indigestes ou trop succulentes, de la bière, des mets épicés, des ablutions trop souvent répétées, de l'abus des bains chauds, des purgatifs, des emménagogues, du laitage. *Nota mihi sunt exempla*, dit STAHL, *puellas interdum satis diù à flexû albo curato mansisse immunes; ut primum vero lac sumpsêre, continuò recidivum fuisse passas.*

Il faut encore ranger parmi les causes de la leucorrhée, la cessation brusque des excrétions soit naturelles soit artificielles, entr'autres celles de la transpiration générale ou partielle des pieds, des mains, des aisselles; il y a des femmes à qui il suffit de se tenir les bras découverts, de se mouiller les pieds ou de s'asseoir sur un corps froid et humide, pour être presque aussitôt atteintes de flueurs blanches. La suppression d'un exutoire, tel qu'un cautère, un vésicatoire ou un séton; celle d'une diarrhée, d'un vomissement habituel, du flux hémorrhoïdal, de la suppuration d'un ulcère ancien; la rétrocession d'exanthèmes cutanés, d'une affection herpétique, psorique, artritique, etc. Enfin, les dérangements de la menstruation, le défaut d'allaitement, la débilité du système gastrique, la

disparition subite d'un coryza, d'un catarrhe pulmonaire ou de toute autre maladie des membranes muqueuses, sont encore autant de causes qui peuvent déterminer la leueorrhée.

La sympathie étroite du cerveau avec les organes de la génération, rend eompte jusqu'à un certain point du développement ou de l'augmentation de l'affection qui nous oeeupe, à la suite d'une affeetion morale; quoi qu'il en soit, on la voit souvent naître instantanément ou s'accroître, lorsqu'elle existe déjà sous l'influence d'une émotion vive, d'un chagrin euisant, d'une contrariété profonde, d'un aeeès de eolère, d'une frayeur subite, etc. Une dame voyant sa fille unique sur le point de lui être ravie par une fièvre eérébrale, fut tout à eoup inondée d'un écoulement leueorrhéique. Une jeune fille de 23 ans qui se trouvait au n° 12 de la rue Transnonain pendant la nuit du 13 au 14 avril 1834, ayant vu immoler son amant par des soldats, et n'ayant dû elle-même son salut qu'au hasard, fut immédiatement atteinte de flueurs blanehes très-abondantes.

Enfin nous terminerons ce que nous avions à dire sur les causes de cette affection, en ajoutant qu'on l'a vue régner épidémiquement sous l'influence de principes inappréciables et fugitifs et d'une constitution atmosphérique qui s'est trouvée souvent dans des conditions entièrement opposées.

Morgagni, *Raulin*, *Broussonnet*, ont eu occasion d'observer des épidémies de cette nature. La dernière dont *Raulin* fut témoin, eut lieu à Paris en 1765, pendant une chaleur brûlante et une sécheresse excessive. On a observé également la leucorrhée épidémique pendant un temps humide et froid. Du reste cette dernière cause est une des plus fréquentes de cette maladie. *Weikard*, traducteur de *Brown*, rapporte que dans un couvent de Saint-Petersbourg toutes les élèves étaient affectées de flueurs blanches parce qu'on les élevait à la rigueur du froid sous prétexte de leur donner une constitution plus robuste.

Comme l'inflammation aiguë de la muqueuse utéro-vaginale n'existe réellement que dans les écoulements blennorrhagiques récents, ou dans ceux qui dépendent d'une cause locale, par exemple de la présence d'un pessaire, ou d'un autre corps étranger dans les cavités génitales, de l'abus momentané du coït, d'une copulation criminelle, de la disproportion relative ou absolue des organes, de la masturbation, d'une injection irritante, etc. Nous avons cru devoir ne pas parler ici du catarrhe utérin aigu, dépendant des causes que nous venons de signaler, pour ne présenter la leucorrhée essentielle proprement dite que sous la forme subaiguë, et sous la forme chronique, qui sont les véritables types de cette affection. Cette division, qui du reste n'a aucun inconvénient dans la pratique, a l'avantage de faciliter l'étude de la ma-

ladie, et surtout de la distinguer des écoulements symptomatiques et des inflammations aiguës de la muqueuse utéro-vaginale, avec lesquels on la confond toujours.

La leucorrhée sub-aiguë qui débute avec des symptômes vraiment inflammatoires et quelquefois même avec un léger mouvement fébrile, s'annonce par un léger prurit, qui d'abord fixé à la vulve, se propage bientôt dans le vagin et dans l'utérus. Les malades éprouvent une douleur sourde à l'hypogastre, une sensation de chaleur et de pesanteur au centre de la cavité pelvienne, des tiraillements dans les lombes, les aines, les cuisses; elles sont tourmentées par de fréquents besoins d'uriner et quelquefois par des désirs vénériens. L'expulsion de l'urine est souvent accompagnée de quelques difficultés et d'un sentiment d'ardeur pénible ou douloureux. Enfin il vient se joindre assez fréquemment a ces divers phénomènes une sensation de strangulation hystérique et d'oppression spasmodique à la partie supérieure de la poitrine.

L'écoulement qui d'abord est peu abondant, clair, séreux ou sanguinolent, surtout s'il succède à une hémorrhagie utérine, augmente bientôt, prend plus de consistance, et offre une couleur qui est variable, et qui peut être blanche, lactescente, jaune ou verdâtre. La sécrétion est quelquefois si abondante, que les femmes sont obligées de se garnir comme pendant

l'évacuation menstruelle; les taches de leur linge sont jaunes ou verdâtres, et lui donnent une roideur empesée; l'exploration au moyen du toucher et du spéculum, permet de reconnaître que toutes les parties génitales sont plus rouges, plus enflammées et plus sensibles, que le col utérin est plus dilaté qu'à l'état normal, enfin que la muqueuse du museau de tanche et du vagin est boursouflée, empâtée et quelquefois même excoriée ou légèrement ulcérée.

Dans les cas de leucorrhées recrudescentes, c'est-à-dire celles qui diminuent, augmentent ou disparaissent alternativement, il est souvent difficile de bien distinguer à quelle forme on a affaire, et ce n'est que par tâtonnement qu'on arrive dans certains cas équivoques à reconnaître le vrai caractère de l'affection, et à préciser le traitement qui lui convient. Cependant on devra considérer comme subaiguë ou active la leucorrhée qui alterne avec les règles, au moins pendant les jours qui précèdent ou qui suivent immédiatement leur évacuation; celle qui survient à la suite d'un mouvement fébrile universel chez les femmes jeunes et sanguines; enfin, celle qui est déterminée par l'abus momentané du coït, par une fatigue extrême, ou par d'autres causes d'excitations générales, entr'autres les veilles prolongées, l'usage immodéré des mets épicés, salés, âcres, des liqueurs alcooliques, etc.

La leucorrhée chronique passive, quoique succé-

dant souvent à la leucorrhée sub-aiguë, peut non seulement exister sans présenter aucun caractère d'inflammation, mais même dépendre primitivement d'un état de relâchement général, ou d'une débilité locale. Le flux leucorrhoïque chronique résultant de cette cause, s'observe principalement chez les femmes lymphatiques et à fibres lâches ; c'est pour cette raison que cette incommodité est beaucoup plus commune dans les régions froides et humides. Elle est également fréquente chez les femmes dont les organes génitaux sont relâchés par les couches nombreuses, par des excès du coït ; elle coexiste ordinairement avec la chlorose, l'aménorrhée, et elle peut être la cause, l'effet ou l'indice d'un état d'atonie et de relâchement général.

Les femmes qui sont atteintes de la leucorrhée chronique dépendant d'une débilité des organes génitaux ou de la constitution générale, quoiqu'ayant quelquefois le teint vermeil et semblant jouir d'une bonne santé, ont généralement un *facies* particulier qui peut aider à éclairer le médecin, et à faire reconnaître la maladie ; leur visage et leurs lèvres sont pâles, leurs yeux sont entourés d'une auréole noirâtre, leurs paupières sont souvent gonflées, enfin tout dans leurs traits annonce un air de langueur, et porte le cachet de l'abattement. *Quando autem in matrice humores multi sunt, oculi dolent caput calidum habent vel languidum et vestiginem patiuntur*, dit *Hippocrate*.

La *leucorrhée chronique essentielle* n'est jamais accompagnée de symptômes d'irritation des organes génitaux ; quelle que soit sa cause, le moment de son invasion est presque toujours inconnu, sa marche est fort irrégulière et sa durée illimitée. Comme à l'état aigu, la couleur, la consistance et l'abondance de l'écoulement présentent des variations; souvent le flux leucorrhoïque est peu abondant, et ne constitue qu'une légère incommodité que des soins de propreté empêchent de devenir trop désagréable; d'autres fois il s'échappe de la vulve en assez grande quantité pour baigner continuellement les organes génitaux externes et le haut des cuisses, et déterminer sur ces parties de légères excoriations et des inflammations superficielles que des lotions et des bains locaux préviennent et font facilement disparaître.

Il arrive assez fréquemment que cette affection est compliquée d'un relâchement du vagin et d'une abaissement ou d'une inclinaison vicieuse de la matrice; mais ces lésions de situation de l'organe gestateur, qui ajoutent aux inconvénients de la leucorrhée, et qui s'annoncent par un sentiment de pesanteur sur le rectum et la vessie, sont plutôt les effets que les causes des flueurs blanches proprement dites.

Lorsque l'écoulement est peu considérable, il est ordinairement muqueux et tache à peine le linge ;

son odeur est presque nulle, sa couleur est blanchâtre comme celle du petit lait troublé. Si au contraire la leucorrhée est abondante, le flux muqueux est généralement lactescent, et quelquefois par sa consistance et sa couleur il présente assez de ressemblance avec le lait pour avoir fait croire aux prétendues maladies laiteuses et avoir servi d'explication aux fausses théories des humoristes. Dans ce cas la matière de l'écoulement raidit le linge en se desséchant et laisse une tache grisâtre plus foncée vers ses bords et ressemblant assez à celle qui est produite par la muqueuse nazale. Quelquefois la sécrétion est plus consistante, floconneuse et même caséiforme; lorsqu'elle est abondante et surtout lorsqu'elle est ancienne, quelle que soit sa couleur et sa consistance, il en résulte toujours des lésions variées dans les fonctions et une foule de phénomènes sympathiques. En effet, les femmes se plaignent de pesanteur dans les régions lombaires et hypogastriques, de lassitudes vagues, de tiraillements douloureux dans l'estomac, et de coliques intestinales. Elles sont en proie à des appétits bizarres, des aigreurs, des renvois nidoreux, des migraines, des baîllements et des hoquets fréquents; leur peau est froide et très sensible aux moindres variations atmosphériques; elles transpirent peu; elles accusent une chaleur insolite à la tête, des vertiges, des syncopes, des palpitations de cœur, un froid glacial aux pieds, des douleurs

vagues sous le sein gauche; leur teint se fane, leurs yeux se creusent, elles pleurent sans motifs; elles éprouvent un dégoût général, des impatiences fréquentes et une sorte de langueur et d'accablement, un sentiment de strangulation et d'étouffement, une tristesse involontaire; elles sont apathiques, mélancoliques, hypocondriaques, enfin elles n'offrent jamais la physionomie heureuse qui caractérise leur sexe, et souvent elles sont tourmentées par des désirs érotiques qui les portent à des habitudes vicieuses et augmentent en même temps leur état de langueur et d'épuisement. Lorsque la menstruation s'établit dans les cas d'aménorrhée et de chlorose, l'écoulement leucorrhoïque diminue ou cesse tout-à-fait; l'on voit disparaître avec lui tous les accidents nerveux; bientôt la pâleur s'efface, la gaieté revient, les fonctions de l'estomac se rétablissent, ainsi que la santé.

Lorsque l'écoulement leucorrhoïque est continu, abondant, et ancien, l'épuisement total des forces et la dégradation de toute la constitution sont bientôt les conséquences fâcheuses et inévitables de ce flux sans cesse renaissant qui semble attirer à lui la source de toutes les autres excrétions et faire contribuer ainsi l'économie toute entière. Alors la peau se décolore de plus en plus, la maigreur augmente, les chairs sont flasques, les seins sont mous, le pouls est petit et fréquent, l'haleine est fétide; les paupières se boufis-

sent, les jambes sont toujours froides et quelquefois même toute l'habitude du corps s'œdématise. Les malades se plaignent de coliques presque continuelles et de douleurs le long de la colonne vertébrale, dans les reins, les hanches et la région hypogastrique. Elles sont tourmentées par une soif continuelle, leur appétit s'éteint; elles éprouvent des tiraillements d'estomac habituels et une constipation opiniâtre; elles sont sujettes à des nausées, des éructations et même à des vomissements acides; leurs urines sont troubles, floconneuses, et peu abondantes. Lorsque la leucorrhée est parvenue à ce degré de gravité, tout est dégoût et indifférence pour les malades; leurs facultés faiblissent sensiblement, elles sont impropres à la reproduction autant par leur indifférence que par le dégoût qu'elles inspirent : enfin une inervation morale et un découragement profond, accompagné de la fièvre hectique, usent le reste des forces, après avoir détruit tous les charmes de la vie.

Parmi les écoulements qui peuvent être confondus avec la leucorrhée essentielle, se trouvent naturellement ceux qui dépendent d'une cause syphilitique et ceux qui sont symptomatiques d'une autre affection plus ou moins grave de la matrice ou du vagin; *Gualt*, *Charleton*, *Van Swieten*, *de Graff* et quelques autres pensaient que la leucorrhée avait sa source dans le vagin et l'utérus, tandis que les écoulements blennorrhagiques, avaient leur point de départ à l'entrée du

vagin et spécialement dans les environs du méat urinaire et dans les lacunes situées entre les nymphes. *Astruc*, *Baillou*, *Pitcarn*, *Raymond*, sans regarder comme infaillible l'examen des parties, pensent avec raison qu'il peut être utile pour éclairer le diagnostic. *Benjamin Bell* mettait le siége des écoulements syphilitiques dans le canal de l'urètre, et conseillait comme le fait M. *Ricord* de presser ce conduit d'arrière en avant avec l'extrémité du doigt : « on exprimera toujours, dit cet auteur, la matière de l'infection syphilitique. » Mais des faits nombreux et bien observés prouvent que les inductions tirées de cette différence présumée du siége, ne mérite qu'une bien faible confiance ; il en est de même de la persistance de l'écoulement blennorrhagique pendant les règles, et de la suspension du flux leucorrhoïque par l'apparition du flux menstruel. En effet ces signes indiqués par *Jean Fernel* (1) médecin du roi Henri II, Jean *Liebault* (2) Louis *Mercatus* (3) *Roderic à castro* (4) *Lazare Pé* (5) *Primerose* (6) *Mauriceau* (7) *Charleton* (8) *Pierre Frésart* (9) et que *Baglivi* (10) regardait comme infail-

(1) La Pathologie de J. Fernel, lib. VI, cap. 16.
(2) De la santé, fécondité et maladies des femmes, liv. V.
(3) De affect. mulierum, lib. I, cap. 15.
(4) De morbis mulierum, lib. I, cap. 4.
(5) Maladies des femmes, liv. II, ch. 36.
(6) De morbis mulierum et symptom. lib. V.
(7) Maladies des femmes, anat. des part. énit. chap. 6.
(8) De catam. et uteri rheumatiso, cap. 8.
(9) Emmenolog. cap. X.
(10) De praxi medica, lib. II, cap. 8.

libles, sont tout aussi illusoires que ceux déjà signalés ; car, ainsi que *Baillou*, *Astruc* et plusieurs autres médecins, nous avons vu ces deux sortes d'écoulements s'effectuer en même temps.

Les douleurs qui précèdent l'écoulement blennorrhagique et qui d'après *Pinel* manquent toujours dans la leucorrhée, le sentiment d'ardeur et de cuisson pendant l'émission de l'urine qui a été indiqué par plusieurs auteurs et surtout par *Charleton* (loc. cit.), comme étant un signe caractéristique des écoulements syphilitiques, la coexistence de l'urétrite avec la vaginite signalée par M. *Ricord*, enfin la teinte rouge pâle et les taches blanchâtre et cuivreuse, que M. *Richerand* regarde comme des indices de la blennorrhagie proprement dite, ne sont pas des signes vraiment pathognomoniques d'après lesquels on puisse porter un jugement positif sur la nature de la maladie.

La consistance, les différentes altérations et les nuances diverses des sécrétions utéro-vaginales sont tout aussi trompeuses ; car comme l'a dit M. *Lagneau* « la couleur verte, jaune, de l'écoulement, son plus ou moins d'abondance, sa durée toujours variable, les différences d'intensité d'inflammation, ne sont pas des raisons suffisantes pour faire qu'un médecin prudent ose se prononcer ; car la blennorrhagie syphilitique est souvent tout-à-fait indolente, de courte durée, et fournit peu de matière, dont la couleur est

presque toujours d'un blanc de lait; tandis qu'on rencontre tous les jours des écoulements qu'on se sent porté à regarder comme non virulens, offrir ces différents phénomènes à leur plus haut degré. »

La propriété contagieuse de l'écoulement et sa transmission par le coït, ne sont pas des signes plus propres à résoudre le problème; car l'expérience nous prouve tous les jours, qu'on peut cohabiter avec une femme infectée d'une blennorrhagie syphilitique sans contracter la même maladie, tandis que la leucorrhée peut devenir assez irritante pour communiquer une blennorrhagie aiguë. L'âge, les présomptions morales, les antécédents, peuvent également exposer à des erreurs. *Mauriceau* rapporte que trois petites filles, dont la plus âgée n'avait pas neuf ans, lui furent présentées comme atteintes de flueurs blanches. Ce praticien les ayant interrogées, se convainquit bientôt par leurs réponses, que malgré l'absence de toute violence aux parties génitales, elles avaient été infectées par d'infâmes domestiques.

D'après ce que nous venons de dire, on voit que les signes propres à distinguer le flux leucorrhoïque essentiel, d'un écoulement dépendant d'une blennorrhagie syphilitique, ont toujours présenté la plus grande incertitude aux praticiens les plus exercés. *Cullerier*, dont les opinions sur cette matière devraient être d'une si grande valeur, laisse la question in-

décise ; M. *Ricord* qu'un excellent jugement et de nombreuses observations ont mis, plus que personne, à même de prononcer sur ce sujet, ne dissimule pas son embarras à cet égard, car il dit dans un de ses mémoires « qu'à moins de l'existence actuelle de symptômes consécutifs, qu'il faudrait encore bien déterminer, on reste, sous le rapport du diagnostic, dans la plus grande incertitude, ne pouvant de bonne foi reconnaître que l'altération matérielle des parties et de leurs sécrétions sans pouvoir rien déterminer de la nature intime de la maladie ou de son essence, si l'on peut s'exprimer ainsi, et se trouvant réduit à constater l'urétrite, la vaginite ou le catarrhe utérin, sans pouvoir rien dire de plus, car au-delà tout n'est que probabilité et souvent erreur. » *Sauvages*, dans sa nosologie méthodique (classe 10) avait également conclu que la médecine ne fournissait pas des signes certains pour distinguer les écoulements gonorrhoïques de la sécrétion leucorrhoïque proprement dite : *nec dantur limites qui genus gonorrheæ in mulieribus à leucorrheâ discernant.*

Le voile qui a si long-temps recouvert le diagnostic des écoulements des organes génitaux chez la femme, vient d'être en grande partie soulevé par les recherches aussi nouvelles qu'ingénieuses auxquelles s'est livré depuis peu le Dr. *Donné*, ex-chef de clinique de la faculté de médecine de Paris. Comme il est

de la plus haute importance pour la thérapeutique et souvent même pour des intérêts moraux encore plus chers que ceux de la santé, de lever toute incertitude sur la nature des sécrétions utéro-vaginales, nous allons indiquer en peu de mots les signes différentiels, signalés dans l'excellent mémoire (1) qu'a publié le jeune médecin que nous venons de citer.

Dans la blennorrhagie vénérienne, l'écoulement est toujours purulent, c'est-à-dire qu'une certaine quantité de pus est mêlée au mucus propre du vagin. Dans ce cas la matière sécrétée contient une multitude d'animalcules que M. *Donné* appelle *trico-monas vaginales* et que l'on découvre en mettant une goutte du fluide mucoso-purulent entre deux verres minces et en l'examinant avec un microscope grossissant 250 à 300 fois. Ces animaux infusoires dont le corps est transparent, de forme ronde ou ovale et présentant un diamètre de 1/120 à 1/50 de millimètre, sont le plus souvent réunis en groupe de deux à six individus. Lorsqu'on les examine à la lumière d'une lampe, on les voit quelquefois se mouvoir et surtout agiter en tous sens un long appendice filiforme extrêmement tenu qui sert à les distinguer des globules sphériques et inanimés du pus phlegmoneux propre-

(1) Recherches microscopiques sur la nature du mucus et la matière des divers écoulements des organes génitaux-urinaires chez l'homme et chez la femme. Paris, 1837.

ment dit, dans lequel on ne rencontre jamais d'animalcules.

L'écoulement résultant d'une leucorrhée essentielle est épais, crémeux, non filant entre les doigts; il rougit le papier de tournesol, et semble être composé de petits corps ovalaires présentant l'aspect de pellicules ou de petites écailles de la membrane muqueuse; enfin il ne contient jamais d'animalcules infusoires, fournis seulement par les écoulements syphilitiques, et en outre l'ammoniaque lui donne une consistance glaireuse et filante, lorsqu'il est mêlé avec du pus, ce qui n'a pas lieu dans le cas contraire. Si la sécrétion mucoso-purulente est déterminée, soit par la présence d'un corps étranger dans les cavités génitales, soit par une injection irritante ou par toute autre cause locale de phlegmasie indépendante du virus vénérien, il ne se développe jamais de *trico-monas*, quoique la matière sécrétée se comporte alors comme celle de la blennorrhagie syphilitique, c'est-à-dire que traitée par l'ammoniaque, elle se prend en une masse visqueuse, tenace et filante.

Pour distinguer le mucus vaginal du mucus utérin, il suffit de savoir que le premier est non seulement épais, crémeux et jamais filant, mais encore qu'il est acide et rougit le papier de tournesol, tandis que le mucus sécrété par la matrice est constamment alcalin, ramène au bleu le papier de tournesol,

verdit le sirop de violette, et enfin présente une consistance glaireuse, filante et tellement tenace, que ce n'est qu'avec beaucoup de peine qu'on peut le détacher du pourtour de l'orifice de la matrice. Tels sont en peu de mots les moyens de diagnostic, indiqués par M. *Donné*, dont nous conseillons de consulter le mémoire où se trouvent consignés, avec autant de détails que de clarté, le résultat des intéressantes recherches qu'il a faites sur ce sujet.

Si l'écoulement était le produit d'un cancer, d'un abcès, d'une tumeur polypeuse, ou de toute autre lésion organique de la matrice ou du vagin, on établirait facilement le diagnostic différentiel au moyen des symptômes propres à ces affections, et surtout par l'exploration des parties avec l'aide du toucher et du spéculum.

Le *pronostic* de la leucorrhée varie selon la cause, l'ancienneté de l'écoulement, son abondance, ses complications, les forces de la femme, son âge, son tempérament, enfin les conditions hygiéniques où elle se trouve. Lorsque la cause est un agent permanent tel que la présence d'un corps étranger dans le vagin, l'usage des chaufferettes, du café au lait, des aliments malsains, une affection morale etc., la destruction de cette cause est bientôt suivie de la guérison, à moins que la maladie ne persiste par l'habitude du mouvement fluxionnaire, ce qui alors rend la cure plus incertaine et plus difficile. La leu-

corrhée qui se manifeste sous le type sub-aigu est également plus facile à guérir; en général plus l'écoulement est ancien, moins il promet de chances de guérison; chez les femmes avancées en âge, il est presque toujours incurable; ce qui justifie d'ailleurs le pronostic fâcheux déjà porté par Hippocrate, lorsqu'il a dit : (de morb. mulier.) *hic fluor senioribus propè incurabilis est, et eas usque ad mortem comitatur.* Si le flux leucorrhoïque est abondant et accompagné de phénomènes sympathiques nombreux, s'il date de plusieurs années, s'il semble être héréditaire et constitutionnel, ou enfin s'il se complique de cachexie, de scrophules, d'affections dartreuses, la marche de la maladie est difficile à arrêter et souvent même elle est rebelle à tous les moyens qu'on lui oppose.

Chez les femmes qui succombent, on trouve ordinairement la muqueuse vagino-utérine ramollie et boursouflée; le museau de tanche est dilaté, rougeâtre, mou, hypertrophié; la muqueuse qui revêt le vagin et la vulve, offre une teinte ardoisée ou bleuâtre; si on la comprime, on voit sourdre de toutes parts un liquide analogue à celui qui était sécrété pendant la vie. La surface de la cavité utérine est parsemée par de petites vésicules remplies d'un fluide séro-muqueux; la membrane qui la tapisse, ordinairement molle, lâche et infiltrée, est quelquefois sillonnée par des vaisseaux dilatés,

et présente des ulcérations, des érosions, ou dans des cas plus rares, elle a l'aspect d'un cartilage et se trouve dans divers points couverte de taches gangreneuses.

Avant de nous occuper du traitement de la leucorrhée, nous ajouterons quelques mots sur sa suppression plus ou moins rapide et sur les accidents qui peuvent en être le résultat.

La suppression de l'écoulement leucorrhéique peut avoir lieu subitement sous l'influence de différentes causes physiques telles que l'usage des astringents pris intérieurement ou portés localement sur les organes génitaux, celui de l'émétique, des purgatifs, des bains froids; l'application de la glace, l'invasion d'une autre maladie, enfin l'emploi intempestif d'une foule d'arcanes dont les titres grotesques souillent impunément les colonnes des journaux et les murs de toutes les maisons.

Les dangers de la suppression des écoulements vagino-utérins sont d'autant plus graves que la sécrétion était plus abondante et surtout plus ancienne. Quoique nous aurions besoin de dresser un tableau nosographique presque complet pour signaler tous les accidents qui selon la plupart des auteurs peuvent être la conséquence du flux leucorrhoïque, nous pensons que ces accidents sont de beaucoup exagérés, et qu'on a tort de persuader aux femmes que leur infirmité dégoûtante est un émonctoire salutaire et la source

de leur santé. Qu'on ne suppose pas cependant que nous pensions qu'on puisse sans inconvénient supprimer brusquement une sécrétion ancienne et abondante, car nous sommes aussi éloigné de l'audace de l'empirisme, que de la timidité de l'ignorance. Notre intention est seulement de réduire à leur juste valeur les craintes exagérées des praticiens, et de leur prouver que si nous croyons qu'on doit entreprendre la cure de la leucorrhée, nous sommes plus que personne convaincu qu'on ne peut obtenir *une vraie guérison* qu'en agissant d'une manière graduée et en ramenant insensiblement l'économie à son état normal. Il est selon nous d'autant plus important de ne pas abandonner la maladie à elle-même, que non-seulement elle compromet la reproduction de l'espèce, mais encore qu'elle peut avoir des conséquences morales fâcheuses, et devenir souvent la source d'altérations très-graves.

D'ailleurs, si, en agissant avec prudence et d'une manière rationnelle, il survenait des accidents, on serait toujours à même de les combattre et d'en arrêter les progrès aussitôt qu'ils se seraient manifestés.

Le traitement de la leucorrhée doit nécessairement varier selon qu'elle se présente à l'état sub-aigu ou actif, ou à l'état chronique ou passif.

Lorsqu'elle se présente à l'état sub-aigu, on devra, surtout si la maladie est récente et si la femme est

jeune et pléthorique, on devra, disons-nous, recourir à la saignée générale qui agit alors, soit comme moyen dérivatif, soit en affaiblissant le mouvement fluxionnaire qui tend à se localiser sur la muqueuse génitale; il faudra d'ailleurs n'employer les évacuations sanguines qu'avec prudence et ménagement; car souvent au lieu de diminuer la susceptibilité générale, on ne produirait que de la faiblesse, et l'on s'exposerait à faire prendre un type chronique et passif, à une leucorrhée sub-aiguë et voisine du terme de sa résolution.

Parmi les moyens qui favorisent l'heureux effet des petites saignées générales et qui dans le plus grand nombre de cas suffisent seuls pour modérer et diminuer tout-à-fait l'inflammation, nous rangeons l'abstinence plus ou moins complète, les boissons délayantes, mucilagineuses, acidulés, les émulsions, et surtout les décoctions nitrées de graines de chenevis, les injections émollientes et opiacées, les lavements et cataplasmes de même nature, les bains, et les irrigations continues faites au moyen d'une large canule recourbée et introduite dans le vagin. Pour éviter l'action irritante du jet du liquide médicamenteux, nous employons une canule d'étain ou de gomme élastique dont l'extrémité percée d'un grand nombre de trous contient une petite éponge à laquelle est attachée un ruban pour la retirer et la renouveler aussi souvent qu'on le veut.

Si les symptômes phlegmasiques locaux semblaient résister aux moyens que nous venons d'indiquer, on devrait avoir recours aux applications de sangsues sur le pourtour de l'anus, surtout s'il y avait des hémorrhoïdes, et à la vulve dans le cas d'aménorrhée; enfin si le mal se montrait tout-à-fait réfractaire, on devrait chercher à établir une révulsion sur les muqueuses intestinales à l'aide des purgatifs, entr'autres de la rhubarbe qui a la précieuse propriété d'être tout à la fois purgative, tonique et astringente. *Goliken*, *Riviere*, en ont obtenu de grands avantages; de même qu'*Hippocrate*, *Forestus*, *Sydenham*, *Ettmuler* et beaucoup d'autres médecins en ont retiré de l'emploi des purgatifs drastiques. C'est à l'application de cette méthode dérivative que *Galien*(1) dut l'éclatant succès qui porta sa renommée jusqu'au palais de *Marc Aurèle*. Ce célèbre médecin de l'antiquité guérit en peu de temps, au moyen des purgatifs, des diurétiques, et des frictions sur toute la surface du corps, la femme de *Boëthus* atteinte d'une leucorrhée abondante contre laquelle avait

(1) De præcognit. ad Posthum. cap. 8.) Le père de la médecine, qui connaissait déjà les rapports sympathiques qui existent entre l'estomac et la matrice, prescrivait également l'emploi des vomitifs dans le traitement des flueurs blanches, pourvu que les femmes fussent encore jeunes et conservassent assez de forces. *Ettmuler*, *Fonseca*, *Hoffmann* et quelques autres médecins les ont aussi recommandés; le docteur *Rast* de Lyon combattait toutes les leucorrhées par l'emploi de l'ipécacuanha, administré à dose fractionnée, et *Barthez* suivait

échoué la science des premiers médecins de Rome.

L'utilité des dérivatifs sur la peau est peut-être encore mieux établie que celle des dérivatifs sur les muqueuses intestinales, et c'est sans doute pour cette raison que les praticiens modernes ont plus souvent recours à la dernière méthode qu'à la première. Les diaphorétiques surtout, dont l'indication ressort de plusieurs causes de la maladie, doivent être employés conjointement avec les frictions stimulantes et aromatiques, et l'usage des vêtements chauds et de la flanelle sur la peau. Si l'on sentait d'ailleurs la nécessité de déterminer une irritation cutanée, révulsive de l'irritation utéro-vaginale, et assez puissante pour rappeler au dehors des exanthèmes à la suppression desquels on attribuerait l'existence et la ténacité de l'écoulement, il faudrait recourir aux cataplasmes sinapisés, aux moxas autour du bassin et aux vésicatoires volants ou permanents. Les exutoires à demeure ont dans ce cas le double but d'être révulsifs de la phlegmasie de la muqueuse génitale, et d'être en même temps sup-

souvent cette méthode avec la même confiance. Si nous pensons qu'on ne doit pas recourir sans réserve à des moyens aussi énergiques, et souvent aussi dangereux, nous sommes d'avis que les médecins de notre époque ont tort de les rejeter tout-à-fait, et nous croyons, à en juger d'après notre propre observation et un grand nombre de faits recueillis par beaucoup d'auteurs, que les légers vomissements ménagés avec art et répétés à des intervalles convenables, sont réellement utiles dans certains cas rebelles aux moyens antiphlogistiques.

plémentaire du flux leuchorreïque. En résumé, le traitement de la leuchorrée sub-aiguë présente deux périodes tranchées : la première comprend l'emploi des antiphlogistiques tant qu'il y a des symptômes inflammatoires, et la seconde l'usage des dérivatifs conjointement avec les irritations révulsives. C'est dans cette deuxième période qu'on doit non seulement permettre une alimentation un peu plus nourrissante, mais même prescrire quelques légers toniques, tels que le quinquina, la gentiane, l'extrait de chardon béni, et la rhubarbe à petites doses, les infusions de petite centaurée, de sauge, de mélisse, etc. On doit également essayer les injections légèrement astringentes, telles que celles faites avec un mélange d'eau et de vin rouge sucré, avec de l'eau alumineuse, de l'acétate de plomb, du sulfate de zinc, etc., rendues de plus en plus actives. Il sera bon de recourir aussi aux substances balsamiques, telles que le baume de tolu, le cubèbe, la thérébentine cuite, l'infusion de bourgeons de sapin. Le baume de copahu nous a paru toujours être le plus constamment avantageux, soit que nous l'ayons administré sous la forme de dragées (1) et

(1) En parlant de la l'aménorrhée compliquée de leucorrhée chronique, page 947 de ce volume, nous donnerons une formule de dragées de copahu sans odeur ni saveur désagréables, de sorte que ce médicament ne dégoute pas les malades et agit presque toujours d'une manière plus efficace que sous tout autre forme.

de pilules, soit qu'il ait été employé par le rectum dans un quart de lavement ou sous la forme de suppositoires préparés comme nous l'indiquerons bientôt.

A l'aide de ces moyens méthodiquement mis en usage, la maladie cède presque toujours, et la cure radicale est ordinairement obtenue en peu de temps. Mais pour obtenir un aussi heureux résultat, on devra toujours seconder l'action des agents thérapeutiques par le repos absolu des organes génitaux, par des soins hygiéniques, et surtout par la précaution indispensable d'éviter toute espèce d'excès et d'écarts de régime, qui non-seulement seraient une source continuelle d'irritation, mais encore renouvelleraient la phlegmasie, dans le cas où l'on serait déjà parvenu à la dissiper.

On doit suivre une tout autre marche et une autre méthode de traitement, lorsque la leucorrhée se présente sous le type hyposténique, soit qu'elle ait succédé à la forme précédente, soit qu'elle soit primitive, comme cela arrive quand elle coïncide avec une aménorrhée ancienne, la chlorose ou enfin le relâchement des organes sexuels déterminé par une constitution essentiellement lymphatique, par des couches nombreuses, par des excès du coït et de la masturbation, surtout chez les femmes qui commencent à avancer en âge.

Comme dans la leucorrhée chronique passive, les cavités génitales sont très peu sensibles, on devra tou-

jours s'assurer au moyen du toucher et du spéculum, si l'écoulement est véritablement essentiel ou s'il est symptômatique de quelques altérations des tissus ou de quelques lésions ayant leur siége dans le vagin ou sur le col de la matrice. Si l'on découvrait des ulcérations ou des érosions, on les cauteriserait avec le nitrate acide de mercure, d'après les règles et les précautions que nous ferons bientôt connaître. On se conduirait de la même manière si l'on trouvait de petites végétations, mais dans le cas où elles seraient un peu considérables, on devrait en faire l'excision d'après l'un des procédés qui seront plus tard indiqués. Lorsque la muqueuse est indurée ou infiltrée, on doit recourir aux frictions résolutives, faites avec la pommade d'hydriodate de potasse ou l'onguent napolitain, sur la région hypogastrique et à la partie interne des cuisses ; et si la malade peut le supporter, on introduira dans le vagin une forte mèche de charpie recouverte d'une couche d'onguent mercuriel.

Quand la leucorrhée est devenue tout-à-fait chronique et passive, ce n'est pas seulement une altération locale qu'il faut combattre, c'est l'économie toute entière qu'il faut modifier et ramener à son état normal. Le but qu'on doit se proposer est donc de tarir un écoulement morbide, qui est à la fois la cause et l'effet de la débilité générale et locale, en reconstituant pour ainsi dire et en tonifiant les organes fonctionnels plus ou moins altérés.

Pour parvenir à ce but, l'expérience a prouvé l'efficacité de la gentiane, de la rhubarbe à petites doses, et surtout du quinquina, qui agit comme tonique, et peut-être aussi en interrompant l'habitude de l'écoulement. Nous avons également constaté les heureux effets des infusions d'absinthe recommandées par le professeur *Alibert*, de l'extrait de chardon béni, qui forme la base des pilules anti-leucorrhéïques dont *Stahl* fait un si pompeux éloge; de la limaille d'acier mélangée avec de la myrrhe dont *Hallé* a retiré de grands avantages, enfin des eaux minérales acidules ferrugineuses, de Forges, de Spa, de Vichy, de Pougue, de Passy, et diverses préparations martiales, entre autres le sous-carbonate et l'hydriodate de fer, mais principalement l'oxide noir du même métal, à la dose de trois à six grains par jour. De toutes les préparations administrées par la voie gastrique, il n'en est aucune que nous ayons trouvé plus constamment efficace, que les dragées anti-leucorrhéïques de copahu, qui ont fait le sujet d'un mémoire que nous avons présenté, en 1832, à l'Académie royale de Médecine. La dose de nos dragées balsamiques est de dix-huit par jour, six le matin à jeun, quatre dans la journée et huit le soir avant de se coucher. Le nombre peut être porté jusqu'à trente, et même quarante, prises en trois fois; mais il faut que tous les symptômes inflammatoires aient disparu; c'est surtout pour cette

raison que les malades ne doivent jamais en faire usage, sans avoir les avis préliminaires d'un médecin éclairé, qui puisse décider de l'opportunité de leur emploi.

Le copahu peut encore être administré par le rectum, d'après la méthode du professeur *Velpeau* (1), qui le prescrit par quarts de lavement, préparés avec six onces d'eau mucilagineuse de guimauve ou de graines de lin, et quatre à six gros de copahu délayé dans un jaune d'œuf, avec addition d'un grain d'extrait gommeux d'opium. Ces lavements balsamiques doivent être gardés, et on pourra porter graduellement la dose du copahu jusqu'à une once et même une once et demie, selon le degré de sensibilité qui varie chez tous les individus. On pourra également, comme nous le pratiquons depuis long-temps, administrer cette substance balsamique sous la forme de suppositoires, que nous prescrivons d'après la formule suivante :

Baume de copahu liquide,	1 gros.
Beurre de cacao,	1 gros.
Résine solide de copahu,	1 demi gros.
Extrait gommeux d'opium,	1 demi grain

pour un suppositoire.

(1) Recherches et observations sur l'emploi du copahu etc.; administré par l'anus contre la blennorrhagie (Archives gén. de méd. Tome XIII, p. 53. 1827.

Ces suppositoires anti-blennorrhagiques et anti-leucorrhéïques, doivent être administrés à la dose de deux par jour, un le matin en se réveillant, et l'autre en se mettant au lit (1).

On devra joindre à l'emploi de ce moyen des injections vaginales toniques et légèrement astringentes, faites soit avec un mélange d'eau et de vin sucré, soit avec une décoction de bistorte, d'écorce de grenade, ou avec une dissolution très étendue d'acétate de plomb ou de sulfate de zinc; ces dernières injections surtout seront employées avec ménagement, pour éviter une vive répercussion, et avec les précautions que nous avons indiquées en parlant de la leucorrhée subaiguë, à l'exemple du docteur *Flect wood Churchill*, professeur à Dublin, on pourra également recourir aux injections vaginales, faites avec une solution de nitrate d'argent, dans la proportion d'un grain par once d'eau distillée; mais en augmentant progressivement la dose du sel, nous pensons qu'il serait dangereux de la porter aussi haut que le conseille le médecin irlandais (2).

(1) Le docteur *Donné* a également administré le copahu sous la forme de suppositoires; quoique sa formule diffère peu de la nôtre, nous avons la conviction que cet honorable confrère ne connaissait pas nos deux mémoires sur le copahu.

(2) Le docteur *Ricord* employe également le nitrate d'argent solide, qu'il fixe entre les mors effilés d'une pince à réaction élastique, disposés de manière à presser uniformément le caustique, à mesure qu'il fond, sans empêcher son application di-

Pour agir d'une manière plus continue, le docteur *Ricord* fait usage de tampons de charpie douillette ou d'éponge fine, imprégnée de vin aromatique, d'une décoction astringente, ou d'eau végéto-minérale, et introduits avec précaution jusqu'au fond du vagin, soit avec le doigt indicateur, soit au moyen

recte sur la muqueuse vaginale ou utérine, par les fenêtres latérales de l'instrument. Six ou huit heures après la cautérisation, les malades doivent se faire des injections d'eau froide, qui sont continuées jusqu'à une nouvelle application du nitrate d'argent, dans le cas où elle est jugée nécessaire. Lorsque l'examen des surfaces malades et l'état de la sécrétion montrent que la modification apportée est suffisante, un tampon de charpie sèche est introduit dans le vagin, afin d'isoler les parois de ce canal, qui sont alors promptement ramenées à l'état normal. Nous devons ajouter que M. *Ricord* met à découvert les organes de la génération à l'aide du spéculum, et qu'il cautérise d'abord la muqueuse utérine, puis revenant sur le col, il promène rapidement le caustique du sommet à la base, circulairement, ainsi que sur toute la muqueuse vaginale, en retirant à soi l'instrument explorateur jusqu'à la vulve. Enfin, pour obtenir une application immédiate, il a soin de laver d'abord les surfaces par des injections convenables. Lorsque l'orifice de la matrice n'offre pas une ouverture suffisante à l'introduction du nitrate d'argent, M. *Ricord* a recours aux injections caustiques à l'aide de la seringue à double corps de pompe, décrite dans le mémoire sur la blennorrhagie, qu'il a présenté à l'Académie de Médecine. Cette méthode a été employée un grand nombre de fois sur des écoulements qui avaient résisté aux médications générales et aux agents locaux; pour cautériser la muqueuse vaginale, nous préférons employer une petite éponge imprégnée d'une solution concentrée de nitrate d'argent, et fixée à l'extrémité d'une petite tige de bois ou sur notre porte-caustique.

du spéculum ; il fait ensuite une nouvelle injection, afin de bien humecter les tampons vaginaux qui sont laissés à demeure, et qui doivent remplir le canal vulvo-utérin sans le comprimer.

Dans l'emploi de cette médication tonique et astringente, il faut prendre garde de dépasser les bornes d'une stimulation convenable, et être toujours prêt à en arrêter les effets par les calmants, les bains, et tous les antiphlogistiques.

Comme il serait inutile de citer ici toutes les substances qui ont été employées avec avantage dans le traitement de la leucorrhée, nous nous contenterons de rappeler celles qui ont joui ou qui jouissent encore de plus de crédit, parmi lesquelles on doit ranger la myrrhe, l'encens, le mastic, l'uva ursi, la gomme ammoniaque, le safran, les baumes de copahu, de tolu, le poivre cubèbe, les bourgeons de sapin du nord, la térébenthine, le seigle ergoté employé récemment par MM. *Bazoni*, *Negri*, *Jules Hatin*, *Dufrenois*, *Bocquet*; enfin l'eau distillée de laurier cerise, mise à l'épreuve tant à l'intérieur qu'en injections, par le docteur *Caron du Villards* ; la ciguë recommandée par *Storck* et *Quarin*, et l'opium dont plusieurs praticiens se sont bien trouvés, entre autres M. *Alibert*, surtout lorsqu'il s'était déclaré des accidents nerveux et des spasmes hystériques.

Malgré l'emploi méthodique des moyens curatifs

que nous venons de faire connaître, la leucorrhée résiste souvent aux efforts des médecins, s'ils ne sont secondés par la malade et par les saines lois de l'hygiène. Le régime devra être dirigé dans le même sens que les médicaments, c'est-à-dire qu'il sera fortifiant sans être irritant ; les vêtements seront chauds et la flanelle sera prescrite sur la peau ; on conseillera l'habitation à la campagne dans un air doux et sain, surtout en été, car on a vu ces moyens faire disparaître promptement une leucorrhée chronique qui se manifestait de nouveau au retour de l'hiver, ou dès le moment de la rentrée en ville. La malade devra faire tous ses efforts, maîtriser certains penchants et certaines habitudes illicites, qui sont si fréquemment la cause principale et ignorée de sa triste et dégoûtante maladie. Elle s'armera de courage pour se livrer à des exercices musculaires sans fatigue, qui la disposeront à une alimentation d'abord légère et de facile digestion, puis plus abondante et plus substantielle.

Nous terminerons en disant que l'approche de la première menstruation, l'état de grossesse, l'âge de retour, sont autant de causes qu'il ne faut point heurter de front. La prudence veut qu'on attende que leur influence ne se fasse plus sentir, et qu'on respecte également les écoulements critiques, dans la crainte de rappeler la maladie qu'ils remplacent. Il ne sera permis de chercher à guérir la leucorrhée

qu'autant qu'elle persisterait après l'affection primitive, encore devrait-on toujours avoir la précaution de prévenir autant que possible une repercussion au moyen d'une exutoire et de l'usage de quelques purgatifs salins renouvelé plusieurs fois.

Telle est l'esquisse des nombreuses ressources que la médecine peut opposer aux écoulements leucorrhéïques, dont le traitement serait sans doute moins souvent inefficace, si l'on recourait à une thérapeutique plus mâle et plus énergique, mais toujours basée sur la raison et sur la nature du mal.

DES ROUGEURS, DES ULCÉRATIONS SIMPLES ET DES ÉRUPTIONS DU MUSEAU DE TANCHE.

La métrite chronique accompagnée d'écoulements abondants est presque toujours suivie du ramollissement de la muqueuse utérine, et quelquefois du développement sur le museau de tanche, de rougeurs, d'escoriations, de granulations, de dévégétations et de différentes dégénérescences que nous allons successivement passer en revue.

Le contact permanent du fluide sécrété par la matrice détermine principalement sur la lèvre postérieure des rougeurs qui n'ont d'autre importance par elles-mêmes qu'en ce sens qu'elles peuvent être le noyau d'altérations plus redoutables. Ces sortes de taches rougeâtres qui s'étendent quelquefois jusque sur la muqueuse vaginale, sont disposées par

plaques ayant assez de ressemblance aux rougeurs dartreuses vivement enflammées, qu'on observe principalement sur la face. Chez quelques femmes, ces rougeurs consistent dans de petits points bien distincts analogues à des piqûres de puces, et donnent alors à la muqueuse, comme le fait observer M. *Lisfranc*, l'aspect de la peau d'une truite saumonée. Dans d'autres cas, le col utérin est le siége d'une ulcération superficielle qui ne détruit primitivement que la couche muqueuse du col utérin dans une plus ou moins grande étendue; M. *Dupuytren* disait dans ses leçons orales que cette affection peut être aisément méconnue si l'on se contente de l'exploration faite avec le doigt, et qu'on pourrait croire alors à l'existence d'un cancer profond de l'organe, si au moyen du spéculum le mal n'était mis à découvert. Le museau de tanche et le col étant introduits dans la partie supérieure de l'instrument, on aperçoit une ulcération superficielle sur l'une ou l'autre lèvre, ou sur la face externe du col, ulcération rougeâtre qu'on dirait faite avec un emporte-pièce, bornée à la membrane muqueuse, et qu'on ne saurait mieux comparer qu'à l'ozène des fosses nazales; ulcération qui cependant amène à sa suite la mort des malades si le chirurgien ne leur apporte un secours salutaire.

Lorsque la nature de l'affection est bien constatée, la guérison est facilement obtenue, d'abord par une saignée locale, surtout si la femme est jeune, et si le col

est très douloureux, puis par les bains, les injcetions émollientes, et la eautérisation avcc le nitrate acide liquide de mercure, pratiquée comme nous l'indiquerons plus tard. Toutefois il est bon de dire que cette opération doit être répétée jusqu'à ce qu'on ait obtenu une cicatrisation complète. Le docteur *Jobert*, dans un mémoire sur la cautérisation (1), dit avoir vu M. le professeur *Marjolin* y être revenu à vingt reprises. Dans des cas de ce genre nous n'avons jamais eu besoin de répéter l'opération plus de cinq fois, et même le plus souvent deux cautérisations nous ont suffi.

Il est une autre lésion superficielle du museau de tanche, qui a été surtout observée et signalée par Madame *Boivin* et M. *Dugès*. Cette affection, qui peut être facilement méconnue par le toucher, est accompagnée d'un écoulement blanchâtre par la vulve et quelquefois d'un prurit des organes sexuels qui peut être porté presque jusqu'à la nymphomanie. Cet état pathologique, désigné sous le nom de *granulation du museau de tanche*, est caractérisé par la présence d'élevures plus ou moins nombreuses sur le pourtour de l'orifice utérin. Ces élevures que le spéculum seul permet de constater parfaitement sont de forme et de dimension très variables : le plus souvent elles sont nombreuses, du volume d'un grain de millet, de couleur blanchâtre, de consistance molle, d'appa-

(1) Journal hebdomad. de médecine, tom. VI, page 137.

rence vésiculeuse, et toujours sans pédicules ; d'autres fois elles sont comme pédiculées, peu nombreuses, rouges, et offrent assez de ressemblance avec certaines végétations vénériennes ; enfin il en est qui se présentent comme un semis de petits grains durs qui n'occupent que l'extrême superficie de l'organe, et quelques autres qui sont assez larges, mais tellement aplaties, qu'elles sont à peine perceptibles au toucher.

Si ces sortes d'éruptions miliaires et phlycténoïdes peuvent se terminer sans laisser de solution de continuité, le plus souvent leur rupture donne naissance à de petites ulcérations superficielles qui par leur rapprochement finissent quelquefois par n'en former plus qu'une seule.

L'existence des granulations de la muqueuse du museau de tanche, ainsi que les rougeurs et les ulcérations superficielles de cet organe, s'annoncent ordinairement par les symptômes plus ou moins violents de la métrite chronique simple ; tels sont un sentiment de chaleur et cuisson au fond du vagin, un écoulement abondant, des douleurs vives pendant le coït, et quelquefois pendant la défécation, des pesanteurs sur le fondement, des tiraillements dans les aines et les lombes, des bouffées de chaleur au visage, des accès d'hystérie, etc. L'application du spéculum permet non seulement de constater les lésions locales que nous avons signalées, mais encore un gonflement mou et un état de congestion inflam-

matoire, marquée par une teinte rouge foncée, une sorte d'ecchymose, enfin par une sensibilité extrême des parties et un suintement de sang qui est provoqué par le contact de l'instrument explorateur, l'opération du toucher, et l'acte génital.

Le traitement de l'inflammation granuleuse du col réclame, comme l'affection précédente, l'emploi des antiphlogistiques, les petites saignées révulsives, les narcotiques, les dérivatifs, le repos absolu des parties, enfin la cautérisation avec le protonitrate acide de mercure. Cependant si l'affection occupait toute la surface du museau de tanche, il faudrait se borner à en cautériser seulement une portion, de peur qu'en déterminant trop d'excitation, il ne survînt des accidents graves; six ou huit jours après on devrait recommencer la même opération, en portant seulement le caustique sur les points qu'on aurait ménagés la première fois.

Si l'on supposait que le mal dépendît d'un vice syphilitique, scrofuleux, etc., on l'attaquerait par les moyens locaux et généraux dont l'expérience a fait constater l'efficacité pour combattre ces diverses maladies.

DES ULCÈRES CHANCREUX, SCROFULEUX, ETC. SIÉGEANT SUR LE MUSEAU DE TANCHE.

Il est prouvé par un grand nombre de faits, que le col de la matrice peut être le siége d'ulcères qui se sont

développés primitivement ou consécutivement sous l'influence d'un vice spécial tel que le virus vénérien, une affection scrofuleuse, dartreuse, etc. dont nous allons en peu de mots établir les principaux caractères.

L'ulcère chancreux du museau de tanche dépendant d'une cause syphilitique, est arrondi, son fond est grisâtre, ses bords taillés à pic ; en un mot il ressemble à ceux de même nature, qui se développent sur le gland. Les malades éprouvent des douleurs brûlantes et térébrantes et ne savent quelle position prendre pour les diminuer. Il s'écoule de l'orifice vulvaire un liquide séro-muqueux ordinairement verdâtre et tellement irritant qu'il détermine un prurit incommode et souvent douloureux, et même une sorte d'érythème sur les parties avec lesquelles il reste en contact. D'ailleurs, les ulcérations chancreuses syphilitiques sont très souvent caractérisées par d'autres symptômes primitifs ou consécutifs d'infection vénérienne, tels qu'une blennorrhagie, des pustules, des végétations, des chancres à la vulve, etc. Quoique la plupart des praticiens disent le contraire, elles sont moins rares qu'on le croit généralement, et elles exigent un traitement local et général anti-syphilitique qui doit toujours être précédé de l'usage des bains, des injections, des lotions et des applications adoucissantes et sédatives.

D'aprés la remarque de MM. *Cullerier, Colineau Jacquemin*, les ulcérations de cette nature sont peu susceptibles de dégénérer en cancer; ce qui semblerait militer en faveur de l'opinion de ces honorables praticiens, c'est que l'observation de tous les jours prouve que les filles publiques, quoique très exposées aux ulcérations syphilitiques du col utérin, ne fournissent pas d'exemples plus fréquents de cancer de la matricc que les femmes de la pratique ordinaire.

Il y a certains ulcères chancreux simples et consécutifs à une métrite chronique, qui, quoique offrant à peu près l'aspect de ceux de nature syphilitique, non seulement ne cèdent pas à un traitement mercuriel méthodique, mais même prennent sous son influence un nouveau caractère de gravité. On doit, dans ce cas, insister principalement d'abord dans l'emploi des antiphlogistiques et des narcotiques pour recourir ensuite aux injections chlorurées, et astringentes et aux applications locales de bourdonnets de charpie imbibées des mêmes solutions; si le mal résistait à ces moyens administrés successivement et simultanément, la cautérisation avec le nitrate acide de mercure deviendrait alors une ressource qui achèverait le traitement. Nous ajouterons que les ulcères chancreux non spécifiques, présentent en général plus de gravité que ceux de nature syphilitique, et que lorsqu'ils se développent à l'é-

poque critique, ils ont plus de tendance à se transformer en cancer que ceux qu'on observe chez les femmes qui sont encore jeunes.

Les ulcères scrofuleux sont ordinairement le résultat de la fonte des tubercules du col utérin dont nous avons déjà parlé et signalé les caractères avant leur état de ramollissement et de suppuration. Les ulcérations de cette nature sont toujours précédées de l'issue d'une matière caséeuse analogue à celle que fournissent les ganglions cervicaux suppurés; l'écoulement de cette matière a lieu par une petite ouverture fistuleuse qui s'agrandit peu à peu et laisse bientôt apercevoir des bords frangés, inégaux, taillés à pic, circonscrivant un fond grisâtre, blafard et sécrétant un liquide séro-caséeux caillebоté et exhalant une odeur désagréable qui n'est pas cependant celle du cancer. Souvent il existe un engorgement du col et même du corps de la matrice qui peut être également le siége de bosselures qu'on pourrait d'autant plus prendre pour être le résultat d'une dégénérescence carcinomateuse, qu'à part les douleurs lancinantes, les symptômes sont à peu près les mêmes. Pour éviter toute erreur à cet égard, il suffit de se rappeler que les tubercules non suppurés, présentent toujours de la fluctuation, tandis que les indurations et les bosselures squirrheuses sont toujours très dures; plus tard la méprise deviendra tout à fait impossible, lorsque les tu-

bercules se seront ouverts et donneront issue à la matière caséiforme; d'ailleurs la facilité avec laquelle l'ulcère se déterge et surtout la promptitude de sa cicatrisation, achèveront de lever tous les doutes qui auraient pu rester dans l'esprit de l'observateur.

Ce n'est ordinairement que lorsque les tubercules se sont convertis en ulcères que l'on soupçonne leur existence; car avant cette époque leur présence ne paraît pas modifier sensiblement les évacuations menstruelles, et par conséquent déterminer aucun trouble dans les fonctions générales de l'organisme. Il arrive cependant quelquefois que ces foyers tuberculeux marchent comme les abcès chauds, et que la douleur qui en résulte appelle l'attention des praticiens; le doigt porté alors dans le vagin perçoit la fluctuation des tubercules, qui, étant mis à découvert à l'aide du spéculum, peuvent être ouverts avec le bistouri plongé dans leur point le plus saillant. S'il restait alors quelque doute sur la nature scrofuleuse de l'ulcère, l'ensemble de la constitution de la femme, sa manière de vivre, et surtout la présence d'anciennes cicatrices et des glandes engorgées au cou, devront contribuer beaucoup à éclairer le diagnostic.

Le traitement des ulcères scrofuleux doit d'abord être dirigé contre l'inflammation si elle existe, en ménageant cependant l'emploi des antiphlogistiques, surtout celui des saignées à cause de la cons-

titution de la malade. On aura ensuite recours aux injections astringentes et à la cautérisation, dont on accroîtra l'efficacité par l'usage interne des amers, et de quelques préparations d'iode, conjointement avec tous les moyens hygiéniques et diététiques propres à modifier la constitution.

Avant de passer aux ulcères cancéreux, nous ajouterons qu'il existe quelquefois à la partie interne des lèvres du col utérin, des phlyctènes semblables à celles qui précèdent les aphtes qu'on observe fréquemment à la surface de la muqueuse buccale, et qui en s'ouvrant donnent naissance à une petite ulcération.

DES ULCÈRES CARCINOMATEUX.

Les ulcères carcinomateux diffèrent du cancer ulcéré en ce sens que, comme le *noli me tangere* de la peau, ils sont ordinairement primitifs ou du moins succèdent aux ulcérations simples ou spécifiques négligées ou mal soignées dont nous avons parlé plus haut, tandis que dans le cancer proprement dit l'ulcération est toujours précédée de l'engorgement squirrheux des parties sous-jacentes.

Lorsque la maladie a commencé de prime abord par une ulcération carcinomateuse dont la base ne se durcit que consécutivement, le sang coule facilement au moindre contact, les douleurs sont superficielles et peu intenses, quelquefois même les malades éprou-

vent une sensation de rongement qu'elles ne peuvent définir, mais qui étant ordinairement plutôt agréable que pénible, les excite au coït, qui détermine le plus souvent alors des douleurs vives et lancinantes. L'ulcère, dont l'existence peut être constatée dès la première période du mal, n'est accompagné ni de gonflement considérable, ni d'induration profonde ; sa surface présente une couche grisâtre comme inorganique qui se détache et se renouvelle incessamment. Le fluide qu'il sécrète est très visqueux et se concrète facilement tant que l'affection est stationnaire ; mais aussitôt qu'elle commence à faire des progrès et à s'étendre sur les parties voisines, la sécrétion ichoreuse perd en viscosité ce qu'elle gagne en quantité et en fétidité ; la base de l'ulcération se durcit de plus en plus, et prenant bientôt tous les caractères du cancer proprement dit, détermine le même épuisement de l'organisme et entraîne d'une manière aussi certaine la perte de la malade.

Les ulcères carcinomateux, primitifs quoique produisant des accidents analogues à ceux du squirrhe ulcéré, et exigeant les mêmes moyens thérapeutiques que ce dernier genre de lésion, sont beaucoup moins exposés aux récidives dès qu'on est parvenu à les détruire par un moyen quelconque. En effet, l'induration qui sert de base aux ulcères carcinomateux est accidentelle et consécutive, et semble même dépendante de l'existence de l'ulcération. La couche in-

durée sur laquelle ils reposent est quelquefois si mince qu'il n'est pas toujours facile de la distinguer par la dissection, tandis que la base des cancers ulcérés consécutifs est toujours primitive et profonde, ce qui explique parfaitement la plus grande fréquence des récidives après un traitement médical ou une opération.

Il n'y a aucun doute pour nous que les prétendus cancers dont on a proclamé des guérisons au moyen d'injections et de topiques de différente nature, n'étaient autre chose que des ulcères carcinomateux primitifs, et non de véritables tumeurs squirrheuses ulcérées, présentant tous les caractères du cancer proprement dit. Si nous concevons qu'on puisse obtenir la résolution d'une induration consécutive et peu étendue, par la modification et surtout par la destruction de l'ulcération primitive qui en a provoqué le développement, nous regardons comme impossible la disparition prompte et durable d'un squirrhe ulcéré quels que soient d'ailleurs les agents thérapeutiques qu'on ait employés pour sa curation.

Il est donc de la plus grande importance de distinguer l'ulcère carcinomateux, du cancer ulcéré ; ces deux états pathologiques sont d'autant plus faciles à confondre qu'ils présentent l'un et l'autre une ulcération à base dure ; le premier qui est en général plus large et moins profond, repose sur une base indurée qui n'est pas en rapport avec son étendue et

qui est toujours plus mince que celle du squirrhe ulcéré. Pour établir un bon diagnostic, il faudra donc non-seulement se rappeler les signes différentiels que nous avons déjà établis, mais encore tenir compte de l'origine, de la marche, de la profondeur et de l'épaisseur de l'induration sur laquelle on observe ces sortes de solutions de continuité. Si nous ne nous étendons pas plus longuement à présent sur ce point important, c'est parce que nous devons y revenir en parlant du diagnostic du cancer ulcéré.

Les ulcères carcinomateux réclament les moyens thérapeutiques que nous avons indiqués pour les engorgements et pour les ulcérations simples, c'est-à-dire les antiphlogistiques, les injections émollientes et narcotiques, les saignées révulsives, les dérivatifs, etc. Lorsque malgré l'emploi méthodique de ces divers moyens, les accidents s'aggravent et menacent de faire perdre tout espoir de guérison, on doit avoir recours à la cautérisation, surtout si le col est peu volumineux et l'ulcération superficielle, ou enfin à l'excision de la partie malade au moyen de l'instrument tranchant qui alors peut toujours atteindre les limites du mal. C'est surtout dans ce cas que l'opération est indiquée et présente le plus de chances de succès, parce que l'ulcération qui s'est développée de dehors en dedans, repose sur une induration consécutive et peu profonde.

DU CANCER DE LA MATRICE.

Comme notre intention est moins de nous occuper de ce qui est relatif à l'anatomie pathologique que de tracer l'histoire succincte de chaque lésion, principalement sous le rapport pratique, on comprendra facilement pourquoi nous nous abstenons de rappeler ici les opinions plus ou moins ingénieuses, ou plus ou moins absurdes que les auteurs anciens et modernes ont émises sur la nature, le siége, le mode de développement et les variétés des diverses affections cancéreuses. Comme la science est encore sur ce point dans le vague et l'incertitude, nous conservons l'expression métaphorique et éminemment vicieuse de *cancer*, pour indiquer d'une manière générique diverses altérations organiques, dont la nature intime nous est inconnue, mais qui, quoique variées de forme et d'aspect, ne sont qu'une seule et même lésion, et offrent pour caractère commun, de changer et de désorganiser la texture de l'organe, de tendre toujours à faire des progrès en superficie et en profondeur, enfin d'être en général au-dessus des ressources de la médecine proprement dite.

Les affections cancéreuses de la matrice, définies comme nous venons de le faire, présentent diverses modifications, ou formes principales, qui peuvent être classées de la manière suivante :

1° Le *cancer squirrheux*, caractérisé par un engorgement dur, avec déformation de l'organe, qui présente des bosselures, dont les unes sont indurées, et les autres plus ou moins ramollies, puis ulcérées. Cet état est accompagné de douleurs lancinantes, de fréquentes hémorrhagies, surtout si le mal n'occupe qu'une partie de la matrice; enfin d'un écoulement leucorrhéique, qui peut être presque nul ou très abondant. Cette altération, qui peut varier de l'état lardacé et solaniforme à l'état cartilagineux ou même osseux dans certains cas, est également suivie de tous les symptômes et des phénomènes sympathiques et nerveux, qui dépendent du poids, du volume, et du changement de situation de l'organe, comme dans les engorgements simples.

Ce qui distingue surtout l'altération cartilagineuse ou osseuse, c'est que l'organe est en général moins déformé que dans le cancer squirrheux ou tubéreux, et qu'il ne détermine pas comme ce dernier des douleurs vives et des écoulements vaginaux, purulents et sanguins. Il est également moins dangereux et apporte quelquefois si peu de trouble dans l'économie, qu'on a vu des femmes qui en étaient affectées depuis un grand nombre d'années, prolonger leur existence jusqu'à un âge très reculé. Du reste, la dégénérescence cartilagineuse ou osseuse de l'utérus est toujours au-dessus des ressources de l'art.

2° Le *cancer ulcéreux*, qui est le dernier degré du

squirrhe, se reconnaît par une solution de continuité, à bords durs et renversés, à surface inégale et de couleur grisâtre. L'écoulement, qui peut être simplement séreux, consiste le plus souvent dans une matière sanieuse, âcre, horriblement fétide, quelquefois aqueuse et légèrement sanguinolente, qui s'échappe avec une telle abondance qu'elle imprègne promptement les linges, fréquemment renouvelés, dont les femmes se garnissent. Les surfaces ulcérées se couvrent quelquefois d'excroissances et de végétations diverses, qui peuvent rester long-temps à l'état squirrheux, mais qui augmentent en général rapidement, et forment des tumeurs molles, fongueuses, saignant au moindre contact.

Cette forme du cancer, qui de toutes est la plus redoutable, et celle dont la marche est la plus rapide, est accompagnée d'hémorrhagies d'autant plus abondantes, que le mal est profond et la corrosion des vaisseaux considérable.

3° Le *cancer fongueux* est celui qui se présente sous la forme d'une tumeur en champignon, dont le pédicule plus ou moins étranglé est fixé sur le pourtour du museau de tanche. La consistance de la tumeur est molle et spongieuse, sa surface est granuleuse, inégale, formée d'une multitude de globules saillants et réunis comme les granules d'une framboise ou d'un choux-fleur; sa couleur, qui est d'un rouge brun livide ou violacé, se rapproche de celle

du placenta; la moindre pression qu'on exerce sur lui détermine un écoulement de sang noir assez considérable, dont, du reste, une exsudation presque continuelle se mêle à celle d'une sérosité roussâtre, ichoreuse et d'une fétidité repoussante. Dans ce cas on détache facilement avec le doigt des portions de végétations molles, brunes et très friables; il est même une circonstance à noter, c'est que les femmes se plaignent ordinairement au dernier médecin qu'elles consultent, de la brutalité des premiers qui leur ont donné des soins, et qui selon elles, les ont touchées avec si peu de ménagement, qu'ils ont fait saigner abondamment les parties.

Le cancer fongueux, que M. *Duparcque* appelle cancer *mural*, se présente quelquefois aussi sous la forme d'un fongus non pédiculé, et offrant à sa surface une réunion de globules lisses, égaux, de consistance molle, d'apparence vésiculeuse, et accumulés en masse autour du museau de tanche. Ces granules globuleuses, qui ressemblent à des grains de groseilles à maquereau (*ribes uva crispa*), sécrètent un liquide séreux, qui peut devenir si abondant, qu'il transperce les matelas pendant la nuit, et oblige souvent la malade de changer vingt à trente fois par jour les linges dont elle se garnit. Du reste, le liquide sécrété par cette sorte de fongus en grappe est presque incolore et sans odeur. M. *Dugès* a publié plusieurs observations de cette seconde variété de fongus uté-

rin, dont nous avons vu un exemple en 1833 sur la femme d'un porteur d'eau, à qui nous avons conseillé d'entrer à l'hôpital de la Pitié, dans les salles de M. *Lisfranc*, où probablement elle est morte. Ces deux variétés de cancer fougueux, surtout la dernière, sont non seulement les moins douloureuses, mais encore celles qui offrent le plus de chances de guérison.

4° Le *cancer hématode* (cancer sanguin de M. *Duparcque*), hematoma de *Hooper*, spongoïde inflammation de *Burns*, quoique présentant des signes différentiels assez tranchés, n'avait pas été nettement séparé des autres formes de cancer, avant les travaux de MM. *Hooper* (1), *Duparcque* (2) et *Dugès* (3). M. *Duparcque* étant le premier auteur français qui ait bien décrit cette variété d'altération cancéreuse, nous allons en rappeler les traits principaux d'aprés cet excellent praticien : «On reconnaît ce cancer au gonflement sans déformation de l'utérus, et notamment du col, où il a le plus ordinairement son siége, à la mollesse remarquable de son tissu, au sentiment prononcé de crépitation que l'on éprouve en le comprimant, à l'écoulement constant d'un sang noir et et grumelé, mêlé de caillots plus ou moins volumi-

(1) The morbid anat. of the human uterus, 1832.
(2) Traité des altérat. organ. de la matrice, p. 595.
(3) Traité des maladies de l'utérus, tom. II, p. 180.

neux, au suintement d'un fluide analogue, s'échappant de toute la surface de la tumeur, comme si on l'exprimait d'une éponge. A une époque très avancée de l'altération, il se mêle au sang des lambeaux putréfiés, des matières fétides résultant des détritus et de la décomposition du tissu altéré, décomposition qui marche d'ordinaire du centre à la circonférence, comme le ramollissement, c'est-à-dire qui commence vers l'orifice et s'étend de là et au col et au corps de la matrice. De là il résulte une excavation comme ulcéreuse, et la maladie prend alors la forme du cancer ulcéré. » Nous ajouterons que la tumeur est d'un rouge brun, et que sa surface qui paraît assez lisse à la vue, est toujours enduite de lamelles de sang caillé, et semble un peu inégale au toucher. Il est probable, dit M. *Duparcque*, que le sentiment très prononcé de crépitation qu'on éprouve, est dû au déplacement du sang à demi coagulé, qui infiltre le tissu malade.

Ce qui distingue surtout le cancer sanguin du cancer fongueux, c'est que ce dernier est supporté par un pédicule qui est fixé sur le col de l'utérus et ne le dépasse jamais, tandis que la tumeur résultant du cancer sanguin est sans pédicule, s'étend jusque sur le corps du viscère, et a beaucoup de tendance à gagner en profondeur. Cette distinction qui a peu d'importance pour le traitement médical proprement dit, en a beaucoup pour le traitement chirurgical. En

effet, on peut espérer beaucoup de l'excision d'un cancer fongueux, qui a son siége sur un organe dont les tissus peuvent être sains, tandis que la même opération ne pourrait que hâter la mort de la malade, ou même la déterminer immédiatement, si elle était pratiquée dans le but de détruire un cancer sanguin, qui s'étend toujours plus ou moins profondément sur le corps de la matrice. La seule opération que l'on pourrait tenter dans ce cas serait la cautérisation, surtout celle faite avec le fer rougi, comme nous l'avons vu pratiquer au célèbre barron *Larrey*.

5° Le *cancer encéphaloïde*, *cancer médullaire*, est caractérisé par une tumeur de grosseur variable, dont la surface extérieure est divisée en lobes plus ou moins saillants, dans lesquels se trouve primitivement une matière cérébriforme, d'un blanc terne, et ayant d'abord assez de consistance, mais se ramollissant ensuite, et devenant pulpeuse et liquide comme une bouillie un peu épaisse. Cette matière peut exister dans de petites masses enkystées, dans de petits lobes non enkystés et séparés par des scissures, moins profondes et moins régulières que celles des masses encéphaloïdes enkystées; enfin la matière cérébriforme peut être contenue dans des masses non circonscrites, et en quelque sorte infiltrées dans le tissu de l'organe. Cette forme du cancer qui souvent siége en même temps sur d'autres points de l'économie, et qui succède quelquefois à la dégéné-

rescence tuberculeuse, est accompagnée d'un écoulement puriforme, ichoreux et très fétide, entraînant avec lui des fragments ramollis du tissu utérin, dont la chute donne naissance à des hémorrhagies très abondantes.

Toutes les dégénérescences pathologiques que nous venons de signaler comme étant autant de formes que peut prendre le cancer utérin, se trouvent quelquefois réunies, en totalité ou en partie, sur le même utérus, et constituent alors le *cancer mixte*, que l'on observe surtout à une époque avancée de cette affreuse maladie.

Les variétés et les formes que nous venons de signaler, partant du même principe, nous n'avons pas eu l'intention d'en faire autant d'espèces différentes, mais bien de présenter le même mal sous toutes ses faces et ses diverses modifications, sans l'éloigner de l'unité pathologique, qu'il doit conserver dans la théorie et la pratique.

Les causes du cancer de la matrice sont nombreuses et variées; elles ont une action plus ou moins directe sur la production de la maladie; les unes sont générales ou prédisposantes et les autres sont déterminantes ou locales.

Parmi les causes prédisposantes, sont l'hérédité, l'âge, la constitution, le genre de vie, et les habitudes.

Quoique dans l'état actuel de la science il soit dif-

ficile d'admettre un virus cancéreux transmissible par voie de génération, il est cependant incontestable que le cancer semble dans beaucoup de cas être héréditaire, c'est-à-dire que les personnes nées de parents qui ont succombé à une affection cancéreuse, sont beaucoup plus disposées à contracter la même maladie. Nous pourrions citer un grand nombre de faits authentiques à l'appui de cette opinion, surtout par rapport au cancer de l'utérus qui, plus que tous les autres organes, est exposé aux dégénérescences carcinomateuses, probablement à cause de la nature de ses fonctions, de sa structure dense et compacte et surtout de la grande abondance de tissus fibro-celluleux (1) dont il est pourvu surtout à son col.

Le cancer peut se développer à tous les âges, mais il est rare que celui de la matrice se manifeste avant 25 ans; cependant nous avons observé, et les auteurs ont rapporté plusieurs exemples de cancer utérin même avant vingt ans. D'après les recherche statistiques que nous avons été à même de faire dans les hôpitaux, et d'après notre pratique particulière et

(1) M. le professeur *Cruveilhier* a prouvé par un grand nombre d'observations et de recherches intéressantes, consignées dans la bibliothèque médicale, que le tissu fibro-celluleux est l'élément organique principalement affecté dans le cancer, et que cette dégénérescence semble avoir une prédilection toute particulière pour les organes dans la composition desquels il entre une grande quantité de ce tissu. Tels sont surtout la matrice, les mamelles, les testicules et tous les glands, etc.

surtout d'après les travaux publiés sur ce sujet par les auteurs, nous avons trouvé en suivant l'ordre de fréquence que cette affreuse maladie se manifestait le plus ordinairement de 40 à 45 ans, puis de 30 à 40, de 45 à 50, de 20 à 30, de 15 à 20, de 50 à 60, enfin de 60 à 70. On voit par cette sorte de statistique que les affections cancéreuses de l'utérus sont d'autant plus fréquentes que cet organe se trouve dans une période d'activité plus grande, ou lorsqu'il commence à tomber dans l'inertie physiologique de l'âge critique.

Les femmes mal réglées, celles qui présentent quelque anomalie dans la menstruation, celles qui sont nerveuses, irritables, sensibles, disposées aux passions vives de l'âme, celles qui sont d'un tempérament érotique, et qui sans cesse tourmentées par des désirs vénériens, se livrent avec excès à la masturbation ou au commerce des hommes ; celles qui passent leur vie dans les réunions nombreuses et le tumulte du grand monde, celles qui portent quelques affections tuberculeuses, celles chez qui une leucorrhée habituelle, des éruptions cutanées, des douleurs névralgiques, rhumatismales, ont cessé brusquement, enfin les femmes qui habitent les grandes villes, surtout celles qui ont eu des couches nombreuses, des avortements fréquents, des métrorrhagies répétées, sont plus sujettes que les autres aux affections cancéreuses de la matrice. On doit encore ranger parmi les causes pré-

disposantes de ces lésions, le célibat, la stérilité, les chagrins violents, les accès de colère souvent renouvelés, et toutes les passions vives; nous devons convenir cependant que des circonstances diamétralement opposées n'empêchent pas le développement de la maladie qui peut se manifester sous l'influence de causes inappréciables, mais inhérentes à la constitution des personnes.

Les causes occasionnelles du cancer utérin, sont toutes celles dont l'action est susceptible de déterminer la métrite ; telles sont les manœuvres criminelles pour provoquer l'avortement, la présence d'un corps étranger dans le vagin, la disproportion des organes génitaux entre les époux, et les contusions qui peuvent en résulter, les jouissances avant la puberté, à l'époque de cette révolution physiologique et aprés le temps critique, la présence sur le museau de tanche ou dans l'intérieur du col utérin de polypes cellulo-vasculaires, enfin toutes les causes capables de déterminer les engorgements inflammatoires et congestifs sur lesquels il est inutile de revenir.

Quelles que soient l'origine et les causes de la dégénérescence cancéreuse de la matrice, les premiers symptômes du mal échappent généralement au médecin, qui n'est presque toujours consulté que lorsqu'il existe déjà des désordres fort étendus. D'ailleurs les dérangements que les femmes éprouvent dans le principe sont quelquefois si peu sensibles, qu'elles

n'y apportent elles-mêmes aucune attention, et il arrive aussi que le mal peut atteindre un degré très avancé sans qu'aucun signe précurseur ait pu faire soupçonner son existence. Il existe en effet des femmes jeunes, fraîches et brillantes qui semblent jouir de tous les attributs d'une santé parfaite, chez lesquelles le cancer a jeté de profondes racines et dont on trouve l'utérus réduit en putrilage et n'offrant qu'un cloaque fétide ; nous avons constaté plusieurs faits de cette nature, dont plusieurs auteurs modernes, entr'autres MM. *Lisfranc*, *Recamier*, *Pauly*, *Téalier*, etc, ont rapporté des exemples.

En général les premiers symptômes qui se manifestent sont des dérangements dans la menstruation, une augmentation, une diminution, ou une suppression passagère du sang des règles, leur retour fréquent et irrégulier, un écoulement leucorrhoïque, mêlé de stries sanguinolantes et prenant une teinte plus rouge après le coït, un sentiment de pression sur l'anus, et de pesanteur à l'hypogastre, des tiraillements aux aines et dans les régions lombaires, une sorte de tenesme vésical et une sensation douloureuse pendant l'expulsion de l'urine et de la défécation. Quelques femmes éprouvent dans les parties génitales et surtout à la vulve une sorte de prurit voluptueux qui les portent au coït ou à des manœuvres illicites; le plus souvent l'acte conjugal détermine des douleurs plus ou moins vives, qui dans quelques

cas peuvent ne pas exister ; il vient se joindre à ces symptômes, des douleurs vives et passagères dans diverses régions du corps, surtout dans les seins, qui deviennent plus fermes et plus volumineux ; les malades éprouvent des alternatives de tension et d'affaissement des parois abdominales, des accès d'hystérie, une mélancolie insolite, un dégoût extrême pour les aliments, des appétits bizarres, enfin un trouble général qu'on ne peut expliquer, que lorsque tous les doutes sont levés sur l'existence de la maladie.

Lorsque de semblables phénomènes se manifestent et surtout se prolongent au-delà du terme des irritations passagères, il est de la plus grande importance d'explorer les organes sexuels pour s'assurer de la nature du mal ; le moindre retard exposerait la malade à un danger irremédiable, et pourrait compromettre l'honneur de l'art et la réputation du médecin.

Dans cette première période de la maladie, le toucher vaginal fait découvrir que le museau de tanche est tuméfié, dur, chaud, douloureux, et quelquefois ramolli, et inégal sur divers points ; la lèvre postérieure est toujours plus saillante et plus volumineuse que l'antérieure ; l'orifice utérin est entr'ouvert et irrégulier ; le doigt retiré du vagin est, surtout à son extrémité, ordinairement recouvert de mucosités sanguinolantes, semblables à celles dont la sécrétion est provoquée par la copulation. Il est souvent difficile de distinguer le cancer commençant de la mé-

trite sub-aiguë avec simple induration; cependant lorsqu'elle est de nature squirrheuse, le col de l'utérus qui est moins régulier dans sa forme, est en général plus dur, moins sensible et plus volumineux. L'engorgement est alors plus circonscrit et s'étend rarement jusque sur le corps de l'organe, comme il arrive souvent dans les engorgements simples.

Au lieu de suivre une marche progressive, il arrive quelquefois que le cancer au premier degré reste stationnaire, jusqu'à ce qu'une cause inappréciable, en lui communiquant une nouvelle impulsion, vienne tout-à-coup activer ses progrès. Bientôt les incertitudes primitives du diagnostic cessent tout-à-fait. Le mal fait des progrès rapides, de nouveaux accidents s'ajoutent aux premiers. Les douleurs deviennent pongitives, les pertes plus fréquentes, les écoulements vaginaux plus abondants. Le toucher pratiqué à cette seconde période conjointement avec l'exploration au moyen du spéculum, font reconnaître que la matrice a acquis le poids et les dimensions qu'elle offre pendant le deuxième mois de la grossesse. L'orifice du col se présente comme un bourrelet dur, bosselé, inégal, plus ou moins rouge et enduit d'un fluide muqueux sanguinolant ou même baigné par du sang pur. Si l'organe entier est envahi, le toucher rectal et hypogastrique permet le plus souvent de distinguer l'étendue de la tumeur et les inégalités arrondies qui se dessinent de plus en plus à sa surface.

Quand on a affaire à une dégénérescence encéphaloïde, on voit la diathèse cancéreuse se manifester promptement par le ramollissement et l'ulcération de la tumeur, et par l'accroissement rapide du mal en étendue et en profondeur. Les douleurs qui sont alors presque permanentes, sont souvent sourdes et rongeantes, mais toujours accompagnées d'élancements vifs, que les malades comparent à des traits de feu et à des coups d'aiguilles ou de canif. Le plus ordinairement elles se concentrent sur l'utérus d'où elles s'irradient sur les ligaments de cet organe. Le corps de la matrice qui s'hypertrophie de plus en plus par suite de l'extension du mal, détermine la compression des vaisseaux et des nerfs du bassin et devient alors une des principales causes des élancements profonds qui se font sentir dans les fesses, les cuisses, les lombes, dans la direction du nerf sciatique et de ses branches. Quelquefois les douleurs paraissent ne plus naître du bassin, mais s'irradiant dans différentes régions, elles sont tellement vives dans les diverses articulations des membres inférieurs, qu'elles simulent plus ou moins le rhumatisme. Les fonctions des organes voisins s'altèrent ; la constipation est opiniâtre, les besoins d'uriner sont continuels, enfin les hémorrhagies utérines augmentent de fréquence et deviennent souvent permanentes lorsque la tumeur squirrheuse s'est ulcérée ou lorsqu'il s'est développé sur le col

des fongosités, des végétations et surtout un véritable fongus hématode.

Dans cette troisième période, l'ulcération cancéreuse primitive ou précédée de l'engorgement squirrheux, est circonscrite par des bords indurés, déchirés, saignants et se renversant inégalement en dehors de la circonférence du col utérin. Bientôt le fond de cette orifice se trouve changé en une sorte de bourbier infect où le doigt pénètre facilement et d'où il s'écoule une matière ichoreuse et sanguinolente qui corrode les cuisses et qui est d'une odeur repoussante, caractéristique et si horriblement fétide qu'elle persiste long-temps après le toucher, malgré plusieurs ablutions dans de l'eau savonneuse et chlorurée. Il s'élève souvent du fond et de toute la surface de l'ulcération des bourgeons sanieux et des végétations fongueuses dont nous avons parlé précédemment. Le mal faisant alors des progrès rapides, les parois du col peuvent être bientôt rongées et réduites en putrilage; souvent même la désorganisation s'étend jusque sur le corps de l'organe, qui quelquefois est perforé de manière à établir une communication avec la cavité péritonéale; elle peut se propager également dans quelques cas jusque sur les organes voisins; ainsi on a vu la vessie, le rectum, le vagin et même les parties antérieures de la génération être compris dans ce foyer de destruction et former un cloaque hideux où les urines et les matières

fécales venaient se confondre avec la matière cancéreuse ; quelquefois des lambeaux de chair ramollie, et des caillots de sang noir et putréfié se détachent des fongosités cancéreuses, d'où il s'écoule également des matières ichoreuses, sanguinolentes, noirâtres ou ressemblant à de la lie de vin. Il survient alors des hémorrhagies dont l'abondance épuise rapidement les forces, et souvent détermine la mort des malades quelques mois avant l'époque qu'elles auraient pu atteindre sans cet accident. Lorsque les souffrances sont peu vives, les femmes conservent souvent un certain embonpoint et une certaine fraîcheur, mais le plus ordinairement les douleurs sont si atroces, qu'elles rendent la vie insupportable, et que leur exagération peut amener la mort en peu de jours, ainsi que MM. *Bayle*, et *Cayol* (1) *Téalier* (2) et d'autres auteurs en citent des exemples.

En outre de ces symptômes locaux, nous devons encore signaler tous les phénomènes de la cachexie ou altération générale de l'organisme qui constitue le plus fâcheux effet et le dernier terme de la diathèse cancéreuse.

Lorsque les femmes sont parvenues à cette période affreuse du cancer, elles présentent le tableau le plus déchirant des misères humaines ; en effet, les

(1) Dictionnaire des sciences méd., art. *cancer*.

(2) Du cancer de la matrice, page 111. 1836.

fonctions assimilatrices sont épuisées ; l'appétit est nul, les digestions se dérangent de mille manières, l'amaigrissement, plus ou moins rapide, est quelquefois porté jusqu'au marasme, le système osseux participant à la maladie, devient friable, fragile et se rompt comme de lui-même. La peau qui est sèche, bouffie, ridée, collée sur les os, prend la couleur blanc mât de la cire, ou jaune paille qui caractérise les affections cancéreuses ; l'attitude offre une expression particulière à cet état pathologique ; le regard triste et abattu porte l'emprinte de la souffrance et du découragement, les yeux enfoncés dans les orbites, les lèvres livides et circulairement contractées, les dents fuligineuses, la face grippée, hippocratique, sillonnée par de profondes rides, donnent à la malade l'aspect d'un cadavre; enfin les diarrhées collicatives, symptômatiques d'ulcérations intestinales, les vomissements, l'œdème des membres inférieurs, l'hydropisie, la fièvre hectique, les insomnies, les souffrances intolérables, les hémorrhagies abondantes, le désespoir et la mort viennent compléter ce lugubre et affligeant tableau.

La marche du cancer varie suivant sa forme et l'époque à laquelle s'est développée la modification organique qui prédispose à la dégénérescence squirrheuse et encéphaloïde, altérations fondamentales de la plupart des affections cancéreuses. Si le mal a débuté par l'état squirrheux, il peut rester long-

temps indolent et stationnaire, et le ramollissement de la tumeur ne s'opérer qu'avec une extrême lenteur, et quelquefois même ne pas empêcher les femmes de parvenir à une vieillesse très avancée. La prompte ulcération du cancer produit en peu de temps les désordres les plus graves, et alors quelques mois suffisent pour le conduire à sa dernière période; cependant on a vu cette terminaison funeste n'arriver qu'après plusieurs années; il est probable que cette différence dépend de la multiplicité et de l'intensité des causes prédisposantes du tempérament des malades, de leur sensibilité, et surtout du traitement mis en usage. Souvent aussi la mort survient soit à la suite d'une hémorrhagie foudroyante ou des pertes sanguines peu abondantes mais trop souvent renouvelées, soit à la suite d'une péritonite, de violentes convulsions, d'une pneumonie, ou d'autres affections qui sont des complications fréquentes du cancer utérin. Nous devons ajouter qu'en général le mal fait des progrès d'autant plus rapides que la femme est plus jeune, et que si dans quelques cas l'ulcération semble s'arrêter dans sa marche, et donner quelques consolations à la malade et un peu d'espoir au médecin, cet heureux changement, qui est toujours éphémère, et ne justifie pas long-temps les avantages et l'efficacité qu'on avait cru reconnaître dans les agents thérapeutiques mis en usage. La femme qui d'abord avait été soulagée par un traitement palliatif, se décourage

bientôt, change de médecin, essaye les remèdes les plus bizarres, et dans son désespoir s'adresse aux commères, aux charlatans, aux magnétiseurs, ou aux homéopathes, qui tour à tour lui promettent une guérison prompte et *radicale*, mais qui le plus souvent ne font que hâter le terme fatal.

Si le *diagnostic* du cancer de la matrice n'est pas ordinairement difficile à établir dans les dernières périodes de la maladie, tous les auteurs s'accordent à dire qu'il n'en est pas de même à son début. En effet, dans la métrite chronique avec induration simple, le col utérin est comme dans l'engorgement squirrheux, plus volumineux et plus dur qu'à l'état normal; la surface de la tumeur peut être d'abord lisse et polie dans les deux cas; enfin les douleurs peuvent manquer tout à fait, se montrer à un degré peu intense, ou même être lancinantes, dans les cas d'indurations simples comme dans ceux d'induration squirrheuse ou cancer commençant. M. *Lisfranc*, dont l'expérience est si grande et dont les opinions sont d'un si grand poids sur cette matière, a donné dans la Gazette Médicale, les caractères différentiels qui suivent.

1° L'engorgement simple est moins dur et offre au toucher une surface unie, tandis que le squirrhe présente des bosselures et des inégalités.

2° Dans le squirrhe la muqueuse du col est d'un

blanc mat, ce qui selon ce célèbre praticien n'existe pas dans les engorgements simples.

3° Le squirrhe se développe avec plus de lenteur; ainsi quand l'engorgement date d'un à deux mois seulement, et si surtout il succède à un avortement, à un accouchement ordinaire, à une brusque suppression des menstrues, nous jugeons, dit, M. *Lisfranc*, qu'il n'est point de nature squirrheuse.

4° Enfin l'engorgement simple demande un traitement d'un mois à six semaines, tandis que le squirrhe est beaucoup plus long à guérir. Nous joindrons aux caractères squirrheux signalés par l'habile chirurgien de la Pitié, que l'engorgement est en général moins sensible, moins chaud, et plus circonscrit que l'induration simple; nous ajouterons encore que sa formation n'est pas accompagnée de symptômes aussi prononcés, et ne détermine pas dans son principe des accidents aussi fâcheux et des phénomènes généraux aussi apparents. Enfin nous dirons que sous l'influence des saignées, de la diète, du repos, des antiphlogistiques et des fondants, l'engorgement simple de l'utérus, diminue ordinairement très vite, ce qui n'a jamais lieu dans la dégénérescence squirrheuse même à leur début.

Toutes les fois que l'induration du col ne présentera pas d'une manière tranchée les signes caractéristiques du squirrhe, on devra croire à l'absence de cette altération et se conduire comme si l'on

avait constaté bien positivement un engorgement dur simple, c'est-à-dire recourir avec méthode et persévérance aux divers moyens thérapeutiques dont nous avons parlé précédemment en traitant de la métrite chronique avec induration.

On distinguera le squirrhe des polypes utérins si l'on se rappelle que les dernières tumeurs sont tout-à-fait insensibles, et isolées de l'orifice et présentent en même temps une surface lisse, une certaine élasticité, une forme ovoïde, régulière et pédiculée, tandis que les indurations squirrheuses sont adhérentes, bosselées, inégales plus ou moins sensibles et offrent une dureté mate et une consistance comme pierreuse. Les tumeurs fibreuses développées dans l'épaisseur des parois du col de l'utérus, se reconnaissent aussi à leur dureté, à leur insensibilité et à leur volume considérable, à leur forme arrondie et non lobulée. On devra aussi ne jamais oublier que le col utérin est susceptible d'alongement considérable dont nous avons parlé précédemment ; que la grosseur du museau de tanche, qui varie beaucoup à l'état normal, présente chez quelques femmes une hypertrophie qui n'a rien de morbide et que l'accouchement y laisse souvent des bosselures et des fissures qu'il est facile de distinguer des tumeurs cancéreuses.

Comme en parlant des ulcères carcinomateux, nous avons déjà donné leur diagnostic différentiel, nous croyons devoir ne pas revenir sur ce sujet et pas-

ser aussi sous silence, les signes caractéristiques de diverses lésions, entr'autres les polypes cellulo-vasculaires qui sont décrits dans d'autres parties de cet ouvrage et signalés comme offrant quelques symptômes analogues à ceux du cancer du col de la matrice.

Le pronostic du cancer utérin est toujours grave; car le propre des affections de cette nature est de désorganiser et de détruire plus ou moins vite non seulement la partie qui en est le siége, mais encore de proche en proche celles qui l'avoisinent. Cependant lorsque le museau de tanche est seul compromis, surtout si le cancer est le résultat d'une ulcération primitive dégénérée, le pronostic est beaucoup moins grave, et le mal offre des chances de guérison; on doit au contraire, quels que soient son origine, sa forme et son mode de développement, le considérer comme devant entraîner presque toujours la perte de la malade, quand il dépasse le col de la matrice et s'étend sur le corps de cet organe. Il est donc de la plus haute importance de se hâter le plus possible de combattre le cancer dès son origine, et de ne jamais perdre de vue l'excellent conseil qu'a donné le docteur *Mélier*(1) lorsqu'il a dit: « que tout dérangement un peu prolongé des organes génitaux de la femme ou de leurs fonctions, toute incommodité qui persiste, toute souffrance même légère qui se répète, doivent

(1) Mémoires de l'Acad. de Méd., tome II, page 333. 1832.

éveiller l'attention du médecin et méritent examen ; malheureusement, lors de l'apparition des premiers symptômes, les femmes réclament rarement le secours de la médecine, ou plutôt refusent de se soumettre à toute espèce d'exploration ! elles confient alors à la nature le soin de leur guérison ; mais, vain espoir ! Elle sont toujours trompées dans leur attente.

TRAITEMENT DU CANCER DE LA MATRICE.

Tous les efforts du médecin doivent avoir pour but non seulement d'arrêter les premiers progrès du mal et de l'étouffer à son origine, mais encore d'en prévenir le retour par une surveillance attentive, en éloignant toutes les causes qui tendent à le reproduire et à l'entretenir. Il n'y a aucun doute que la première source du cancer de la matrice est l'inflammation chronique de cet organe. Guérir, cette affection et dissiper l'irritation qui entretient son engorgement, c'est le plus souvent prévenir le cancer utérin, et sauver par conséquent la femme de la plus affreuse des maladies. Comme nous nous sommes déjà étendu longuement sur le traitement de la métrite chronique, et sur les divers engorgements qui peuvent en résulter, nous ne croyons pas devoir revenir sur ce sujet :

Les bases du traitement du cancer commençant, sont également les mêmes que celles des engorge-

ments primitifs de l'utérus et des ulcérations qui peuvent en être la cause ou l'effet. Ainsi pour diminuer les douleurs et arrêter la marche du mal, on aura recours aux saignées révulsives et aux exutoires, à un régime adoucissant; on prescrira la diète lactée, les viandes blanches, le repos, les bains, les injections émollientes, narcotiques, astringentes, les lavements et les cataplasmes de même nature et différents autres agents thérapeutiques dont nous avons parlé précédemment.

Le régime. On commencera par supprimer le quart de l'alimentation ordinaire, ensuite le tiers, puis enfin la moitié, si la constitution de la malade le permet; car il est des femmes qui supportent la diète avec la plus grande peine. Les mets que l'on permettra seront des viandes blanches, du poisson, des substances végétales herbacées, des fécules préparées au maigre, du laitage, et des fruits cuits ou des fruits crus bien mûrs. Les boissons spiritueuses et aromatiques seront sévèrement défendues, l'eau légèrement rougie sera permise pendant les repas, mais hors ces époques on continuera l'usage des boissons émollientes. Nous ajouterons que la diminution de l'alimentation ou le *cura famis* est une des bases principales du traitement du cancer.

Les saignées seront employées si la femme est jeune et pléthorique, si son pouls est plein, et surtout s'il existe un mouvement fluxionnaire vers l'utérus.

La saignée du bras agit non seulement en diminuant la masse du sang, mais eneore en opérant une révulsion qui porte le sang vers les régions sus-diaphragmatiques. Elle doit être en général d'une demi palette à une palette et demie ou deux palettes au plus, selon la foree et la constitution des malades. On n'y aura jamais recours que huit jours après ou avant l'époque des règles, et on y reviendra beaucoup moins fréquemment lorsque la maladie sera déjà ancienne. L'emploi méthodique de la saignée générale, dont les avantages sont ineontestables dans le traitement des affeetions eaneéreuses et des phlegmasies utérines, remonte à *Hippocrate*: eeprincipe, qui est devenu fondamental dans les seienees et qui a été également suivi par *Galien*, *Paré*, *Valsava*, *Morgagni*, *Heister*, *Ledran*, *Fearon*, *Hufeland*, est recommandé à juste titre par tous les auteurs modernes, surtout par M. *Lisfranc*.

Lorsque les saignées générales révulsives ou spoliatives, conjointement avee tous les autres moyens antiphlogistiques, ont dissipé les symptômes inflammatoires et la douleur locale, plusieurs pratieiens entr'autres M. *Duparcque*, *Méllir*, *Teallier*, ont reeours aux applieations de sangsues sur le museau de tanche mis à déeouvert à l'aide du spéeulum de M. *Recamier*. Ce dernier moyen, que nous avons vu employer plusieurs fois avec avantage dans les engor-

gements simples avec ou sans induration du col, doit être appliqué de la manière suivante : lorsque la matrice est dans un état de proeidenee, il suffit d'écarter les grandes lèvres pour découvrir le museau-de tanche ; si l'utérus est au contraire situé plus profondement, on se sert du spéeulum eylindrique dans lequel on introduit de six à quinze sangsues, que l'on pousse et que l'on tient sur le eol soit avec un tampon de linge, soit avec une sorte d'embout creux, ayant une profondeur de 6 à 8 lignes. Avee eet instrument, qui est recouvert dans sa eoncavité d'une gaze claire et qui est fixé vers son fond par une tige dont le manche est recourbé à angle obtus, on maintient faeilement les sangsues en plaec, et on les empêehe de courir et de s'attaeher ailleurs que sur le col, parce que, ne pouvant pas faire le vide sur le tissu de la gaze, il leur est impossible de s'y fixer comme elles le font souvent sur les parois du spéculum. Pour faeiliter encore leur applieation, il faut avoir soin d'enlever avec une petite éponge, ou avee un pinceau fin de charpie, les mueosités qui sont ordinairement sur la surfaee dueol et de les entraîner au dehors au moyen d'injeetions répétées. Dix ou quinzes minutes suffisent pour gorger les sangsues qui sont retirées avee une pinee à mesures qu'elles se détaehent. On favorise ensuite l'éeoulement du sang avee le seeours d'injeetions tièdes qui enlèvent les eaillots sanguins. Si l'hémorragie devient trop

abondante, on l'arrête en tamponnant le vagin.

Sans rejeter toujours les applications de sangsues sur le col de la matrice, nous pensons avec M. *Lisfranc* que cette saignée locale a souvent l'inconvénient d'augmenter la congestion de cet organe, et qu'on ne doit jamais y recourir lorsque l'induration du col a pris le caractère squirrheux, parce que dans ce cas, ainsi que nous en avons vu des exemples, chaque piqûre de ces vers aquatiques peut se convertir en autant d'ulcérations cancéreuses. Nous regardons également comme étant presque toujours nuisibles dans le traitement du cancer, les sangsues appliquées à l'anus, à la vulve, aux aines et autour du bassin; car excepté dans quelques cas particuliers, elles augmentent la congestion de l'utérus, et tous les accidents qui en dépendent.

Les bains généraux simples et émollients le moins chauds possible, mais pris de manière que la malade n'y ait pas froid, constituent un excellent moyen, pour diminuer l'érétisme nerveux et les douleurs qui accompagnent les affections de la matrice; le séjour dans les bains devra se prolonger au moins une heure et au plus six heures, et leur usage pourra être renouvellé tous les jours ou tous les deux jours selon les forces, les habitudes et l'idiosyncrasie des malades. La température du liquide devra être maintenue au même degré, mais il faudra se garder de prescrire l'emploi de cet excellent moyen thérapeu-

tique aux femmes chez lesquelles il détermine de l'oppression, du malaise et divers symptômes nerveux.

Les bains de siége devront être rejetés, parce qu'ils déterminent toujours une congestion utérine, et par conséquent des douleurs plus ou moins vives.

Les injections seront tantôt émollientes, tantôt narcotiques ou résolutives suivant les indications; le liquide devra avoir une température de 15 à 20 degrés de *Réaumur*; on les administre non-seulement dans le but de déterger les ulcères cancéreux, mais encore de contribuer à la résolution des indurations squirrheuses du col de la matrice. Comme elles agissent quelquefois comme de véritables douches, il faudra en modérer l'action résolutive et souvent trop excitante, en poussant le liquide avec plus ou moins de force selon l'effet que l'on se proposera et les résultats qu'on aura déjà obtenus de leur emploi. Les injections qui sont surtout utiles dans les indurations chroniques et indolentes, doivent être faites avec une seringue à canule recourbée en gomme élastique et préalablement huilée.

Les irrigations ou injections prolongées, sont ainsi que les douches, des moyens encore plus efficaces pour opérer la résolution des engorgements durs et indolents. Elles sont simples ou médicamenteuses, selon la nature du liquide dont la température doit être presque froide. Les premières sont composées d'infusions de plantes aromatiques ou de solutions

salines ou sulfureuses suivant l'indication. Nous avons fait faire en 1828 un appareil très-simple pour administrer des irrigations continues ou des douches. Cet appareil, dont nous donnons un dessin, consiste dans une espèce de chevalet à trois pieds, de trois mètres de hauteur, au milieu desquels est suspendu un seau de bois avec lequel communique un tuyau flexible et terminé par une canule de gomme élastique qu'on introduit dans la vulve. La force du jet est en rapport avec l'élévation du vase et la quantité de liquide qu'on laisse couler. Quand on veut avoir recours aux irrigations et non aux douches, on arrête l'impulsion de l'eau au moyen d'une petite éponge placée à l'extrémité de la canule introduite dans la vulve. Le liquide dont l'éponge est imprégnée, s'échappe ensuite goutte à goutte dans le vagin d'où il sort pour s'écouler dans un bassin d'étain, placé sous le siége de la malade, au milieu d'une solution de continuité pratiquée dans le matelas. Un second tuyau flexible est adapté au manche creux du bassin qui est dans le lit, et va porter le liquide, à mesure qu'il le reçoit, dans un autre vase placé à terre. On peut ainsi, et sans mouiller la femme, lui administrer des irrigations aussi long-temps qu'on le veut; lorsqu'on juge convenable d'arrêter l'écoulement du liquide, on retire l'appareil, et on remplit la solution de continuité du matelas par la portion séparée exprès de ce dernier qui s'adapte parfaitement. Dans les cas de

fistules vaginales avec incontinence d'urine, un matelas et un bassin disposés comme nous venons de l'indiquer, présentent de grands avantages qu'il est inutile de signaler. M. *Charrière*, habile fabricant d'instruments de chirurgie, a inventé une sorte de clyso-pompe extrêmement ingénieux qui peut servir à administrer des douches et des irrigations; mais il faut que la malade ou une autre personne fasse jouer un piston pendant tout le temps que coule le liquide.

La compression, dont l'habile praticien M. *Récamier* a fait une méthode générale de traitement des tumeurs cancéreuses, est un moyen qui, quoique très utile, dans une foule d'autres cas, surtout pour les tumeurs indurées du sein, ne semble pas offrir les mêmes avantages dans les indurations squirheuses de la matrice, soit à cause de la situation de l'organe qui permet difficilement son emploi , soit à cause de l'inflammation et des douleurs qu'il détermine presque toujours dans le vagin, la vessie et l'utérus. Il faudra donc dans tous les cas s'en abstenir si la tumeur n'est pas complètement indolente et si elle est le siége de la moindre irritation. Les moyens qu'on met en usage pour en faire l'application, consistent tout simplement dans l'emploi d'un pessaire à bilboquet dans lequel le col utérin se loge et se trouve comprimé par le poids de l'organe et celui des viscères abdominaux.

Le repos absolu et le décubitus dorsal sont d'autant

plus utiles, que sans eux tous les autres moyens sont presque impuissants. On engagera donc les malades à rester dans leur lit, qui devra être dûr et fait avec des matelas de crin. Mais, comme le séjour au lit a l'inconvénient de déterminer des congestions sur le bassin et même des excitations des organes génitaux, il faudra, d'après le conseil de M. *Lisfranc*, faire prendre le repos pendant le jour, soit sur une chaise longue, soit sur un matelas jeté sur le plancher ou sur une table.

Les narcotiques sont également administrés dans le but de diminuer la douleur et le stimulus qui donne lieu à la congestion utérine. On les prescrit en injections, avec les décoctions de têtes de pavot, de morelle, de jusquiame, de ciguë, de tiges de pomme de terre, etc., en quart de lavement, avec huit à quinze gouttes de laudanum; et à l'intérieur sous la forme de pilules, ou dans des potions anti-spasmodiques. On pourra joindre à ces moyens l'usage interne des fondants, entr'autres la teinture d'iode, dont M. *Hannemann* dit avoir retiré des avantages dans un cas de cancer de l'utérus parvenu à un haut degré d'intensité; l'eau de chaux, administrée par M. *Kempel* (1) à la dose d'une à trois onces dans une tasse de lait; le seigle ergoté, qui a sur la matrice une

(1) Revue médicale; août 1825.

action toute spéciale (1), l'extrait de ciguë(2), de l'eau distillée de laurier-cerise, employée par MM. *Osiander* et *Carron du Villards*. Enfin, il pourra être utile d'employer en même temps les révulsifs, les douches sulfureuses en arrosoir, et les dérivatifs, tels que les cautères, les moxas, les vésicatoires appliqués sur le sacrum, aux aines, aux lombes et à la face interne des cuisses. On a conseillé également les fondants externes, entr'autres les frictions faites sur les ré-

(1) Le seigle ergoté employé avec avantage, sous la forme de pilules, à la dose de 2 à 10 grains par jour, dans des cas d'engorgements hémorrhagiques, a été également mis en usage avec le plus grand succès, dans des cas d'engorgements du museau de tanche avec ulcérations, d'abord par le docteur *Pauly*, puis par MM. *Malgaigne*, *Vigny* et nous-même qui, comme ces praticiens, l'avons prescrit plusieurs fois combiné avec l'extrait gommeux d'opium à très-faible dose, un sixième à un quart de grain par pilule. M. *Lescurre*, pharmacien, rue de la Harpe, 71, d'après l'indication du docteur *Pauly*, prépare un sirop avec cette substance, dont une cuillérée correspond à deux grains et demi de seigle, et 1/12 de grain d'extrait d'opium. La dose ordinaire de ce sirop est de deux cuillérées par jour.

(2) L'extrait de ciguë, dont *Storck* a vanté les merveilleux effets et dont M. *Recamier* dit avoir très-souvent constaté l'efficacité dans le traitement du cancer, nous a constamment paru avoir une action peu marquée et ne produire aucun résulat avantageux. Nous avons vu au contraire le plus ordinairement la ciguë déranger les fonctions digestives et déterminer des céphalalgies plus ou moins intenses. MM. *Marjolin*, *Dugès*, *Pauly* et quelques autres médecins, ont fait la même observation. Peut-être cela tient-il à la manière défectueuse dont l'extrait de ciguë est préparé par la plupart des pharmaciens.

gions que nous venons d'indiquer, et surtout sur la région hypogastrique, avec l'onguent mercuriel ou la pommade d'hydriodate de potasse, qui a été également appliquée avec avantage sur les ulcères cancéreux, par le docteur *Ulmann*, de Marburg (1), enfin les frictions sous la langue et sur la face interne des grandes lèvres, avec l'oxyde d'or dont M. *Chrétien*(2) assure avoir obtenu de merveilleux effets.

Lorsque tous ces moyens combinés n'ont pas arrêté les progrès du mal et n'ont pu empêcher le ramollissement et l'ulcération du cancer ou l'extension d'un carcinome primitif, le mal est devenu incurable par les seules ressources de la médecine proprement dite, et c'est alors que la mission du médecin consiste moins à guérir la maladie qu'à arrêter sa marche, soulager les douleurs et prolonger la vie. Les seuls moyens qui se présentent encore sont du ressort de la chirurgie, et consistent dans la cautérisation, dans l'ablation partielle ou dans l'ablation totale de l'organe.

Pour remplir dignement sa mission, le médecin devra non-seulement employer toutes les ressources qui seront à sa disposition, mais encore il tâchera de consoler et encourager la malade, de relever son espoir et de la décider le plus tôt possible aux opérations

(1) Gazette de santé, 5 septembre 1823 et 25 mai 1824. Le docteur *Ulmann* a également employé l'hydriodate de potasse en injection.

(2) De la méthode Iatraleptique, p. 518.

qu'il jugerait opportunes et offrant quelques chances heureuses.

Le traitement médical ne sera plus que palliatif et symptomatique. C'est alors qu'on aura recours aux injections narcotiques faites avec les décoctions de morelle ou de jusquiame unies à un liquide émollient. On pourra également recourir aux injections de laurier cerise et aux irrigations continues simplement émollientes, ou coupées avec les décoctions des plantes que nous venons d'indiquer. Les bains entiers prolongés, les lavements, les cataplasmes vaginaux faits avec de la pulpe de potiron, de carotes rapées ou bouillies, et rendus narcotiques par les décoctions concentrées de têtes de pavots, de feuilles de belladone, de morelle, de ciguë, etc. (1). Les fomentations de même nature, les frictions sur l'hypogastre avec le laudanum de *Rousseau*, l'huile de jusquiame pourront également être employées.

On combattra l'insomnie par l'usage interne de l'extrait gommeux d'opium, à la dose d'un demi-grain à quatre grains graduellement. Les quarts de lavement d'eau ou de lait, comme le conseille

(1) Pour employer les cataplasmes vaginaux et pour empêcher que les substances solides ne s'échappent et ne séjournent dans le vagin, nous avons la précaution de les maintenir dans cette cavité avec un petit sachetde gaze dont le tissu est convenablement serré. De cette manière on les introduit et on les extrait avec la plus grande facilité. Le sachet est introduit d'abord dans le vagin avec la canule dela seringue qui sert à injecter le cataplasme liquide.

Morgagni (1), avec addition d'un grain d'extrait gommeux d'opium ou de quelques gouttes de laudanum, procurent ordinairement un grand soulagement. Les vésicatoires saupoudrés, avec un ou deux grains d'hydrochlorate de morphine et appliqués sur la région lombaire ou à la partie interne des cuisses, sont aussi le plus souvent fort avantageux, et n'ont pas l'inconvénient de constiper les malades. Il en est de même des suppositoires de beurre de cacao, que nous prescrivons tous les soirs et que nous faisons préparer avec un gros de cacao et un quart grain à un grain d'acétate de morphine. On pourra aussi, pour calmer les douleurs, ajouter à chaque injection cinq à six gouttes d'acide phosphorique : nous devons dire cependant que ce moyen, recommandé par M. *Alibert* (2), a été employé par nous sans avantage.

L'odeur infecte, qui s'exhale des ulcéres carcinomateux et qui fatigue autant les malades que les personnes qui les entourent, sera en partie neutralisée au moyen des injections et des lotions chlorurées ; il en est de même de l'eau de suie et de la solution de créosote injectées dans le vagin. Ces divers moyens ont non-seulement l'avantage de détruire l'odeur repoussante de l'écoulement, mais de calmer les douleurs atroces, de diminuer l'abondance des sécrétions, et même d'arrêter les progrès du mal.

(1) De sedib. et caus. morb. epist. 47, art. 25. 1660.
(2) Eléments de thérapeutique.

Pour modérer les écoulements séreux trop abondants et les hémorrhagies qui affaiblissent rapidement les malades, on devra recourir à l'emploi interne, de quelques astringents, tels que l'eau de Rabel à la dose d'un demi-gros à un gros dans une potion, à l'extrait et à la tisane de ratanhia, et à la limonade citrique, édulcorés avec du sirop de coing ou de grande consoude. On aura également recours, dans quelque cas, mais avec plus de ménagement, aux injections astringentes froides, faites avec les décoctions d'écorce de chêne, de bistorte, l'eau végéto-minérale, les solutions très étendues de sulfate d'alumine ou de zinc, etc. Nous devons dire que, si les injections astringentes arrêtent souvent les hémorrhagies, elles ont le grave inconvénient d'irriter les ulcérations et de hâter leur progrès.

Le tamponnement est un moyen qui, dans ce cas, peut être très-utile, mais il cause toujours de vives douleurs, si, comme le recommande M. *Lisfranc* on n'a pas le soin de tamponner seulement la partie inférieure du vagin ; enfin, les petites saignées révulsives et les applications de ventouses et de sangsues sous les seins, sont encore des moyens qu'il est bon de ne pas rejeter.

La constipation déterminée par l'emploi interne des narcotiques, peut être combattue par de doux laxatifs, surtout les décoctions de tamarin et de pruneaux, les lavements miélés avec addition d'une cuil-

lérée d'huile d'olive; enfin, par les suppositoires de beurre de cacao, employés soir et matin. S'il survenait des vomissements, on prescrirait l'eau gazeuse de Seltz, la potion de *Rivière*, le sous-nitrate de bismuth, etc.; enfin, on remédierait à la rétention d'urine au moyen du cathétérisme.

Tels sont à peu près les moyens divers qui, dans ces cas désastreux, se présentent au médecin pour calmer les douleurs et prolonger la vie des malades.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DU CANCER.

Lorsque l'affection cancéreuse est caractérisée, lors même qu'il resterait quelques doutes sur sa nature, si le mal a fait des progrès malgré l'emploi méthodique des ressources thérapeutiques que nous avons fait connaître, on devra recourir au plus tôt aux moyens que nous offre la chirurgie, c'est-à-dire à la cautérisation ou à l'excision de la partie affectée.

La cautérisation des ulcérations simples ou cancéreuses du col de la matrice a d'abord été mise en honneur en France par M. *Récamier*, et, après lui, par *Dupuytren*, M. *Lisfranc* et plusieurs autres praticiens. Ce moyen énergique et souvent efficace convient non-seulement pour changer le mode de vitalité et de sensibilité des ulcères simples qui résistent à un traitement ordinaire, mais encore pour détruire les végétations fongueuses et les ulcérations cancé-

reuses ou carcinomateuses qui offrent peu de surface et de profondeur. En règle générale, on doit différer son emploi tant qu'il existe une vive inflammation et un gonflement considérable du col. Il faut même la rejeter tout-à-fait quand on a la certitude de ne pouvoir atteindre les limites du mal. Elle est également contr'indiquée, quatre à cinq jours avant l'écoulement des règles, pendant leur durée, et trois ou quatre jours après leur cessation.

Quoique M. le baron *Larrey* ait employé avec avantage le fer rougi au feu (1), on préfère les caustiques potentiels, tels que le nitrate d'argent fondu, la potasse caustique, la pâte arsénicale, le chlorure d'antimoine, les acides sulfurique et nitrique, l'acide hydro-chloro-nitrique concentré, et tenant en dissolution, seize grains de chlorure d'or ou de platine par once (2), le chlorure de zinc (3), la

(1) M. *Larrey* applique le cautère actuel en mettant les parties à découvert au moyen d'un spéculum d'ivoire, parce que les spéculum métalliques étant bons conducteurs du calorique, sont promptement chauffés par le fer rougi et déterminent une chaleur très-vive, sur les parois vaginales ; un spéculum de bois, de corne ou de verre, offrirait le même résultat que celui de M. *Larrey*, et ils auraient l'avantage d'être beaucoup moins chers.

(2) Ce caustique qui a été proposé par M. *Recamier* et que nous avons vu employer par cet habile et ingénieux praticien, n'a pas justifié les espérances que des premiers essais avaient d'abord fait naître.

(3) C'est le docteur *Cancoin* qui a préconisé le chlorure de zinc, comme ayant l'avantage d'être d'une application moins dou-

créosote (4) qui déterge bien les ulcères et hâte la cicatrisation; enfin le nitrate acide de mercure qu'on emploie le plus souvent, parce qu'il est plus actif et plus facile à appliquer que tous les autres caustiques.

Pour pratiquer la cautérisation, la malade doit être placée en travers sur son lit, comme pour l'application du spéculum. Cet instrument sera introduit et placé de telle sorte que son ouverture postérieure embrasse le col utérin, et protége les parties saines et les po-

loureuse et de déterminer une escarre sèche. Ce praticien, avec 2 3 ou 4 parties de farine, forme une pâte molle dont l'épaisseur doit être en rapport avec la profondeur des parties qu'il veut mortifier. Pour les cautérisations superficielles, M. *Cancoin*, emploie un mélange composé de huit parties d'acide nitrique et d'une partie de chlorure de zinc.

(4) Nous avons fait connaître en 1834 à l'académie des sciences, un cas de guérison d'une ulcération sanieuse du col de la matrice, qui avait résisté à tous les moyens, même aux cautérisations avec le nitrate acide de mercure, et qui s'est bientôt cicatrisée après plusieurs cautérisations faites avec un mélange de 90 parties d'eau distillée, pour une de créosote. Cette observation a été rapportée dans l'excellent mémoire que le docteur *Miguel* a publié à Paris en 1834, et qui a pour titre : *Recherches chimiques et médicales sur la créosote*, in-8°, observ. III, p. 70. Malgré cet heureux résultat, nous avons été forcé de restreindre l'emploi de cette nouvelle substance découverte par *Reichenbach*, parce que son application est souvent très-douloureuse. Notre confrère, le docteur *Téallier*, qui depuis notre observation a également fait usage de la créosote, paraît y avoir renoncé pour la même raison. Cet habile praticien employait cette substance éminemment active dans la proportion de dix gouttes par cuillerée d'eau. (*Du cancer de la matrice*, *page* 244. 1836.)

rois vaginales du contact et de l'extension du caustique. Lorsque le museau de tanche est bien mis à découvert, on enlève les mucosités qui sont à sa surface, avec un morceau de linge, d'éponge, ou un bourdonnet de charpie, fixé sur un petit batonnet, sur une pince à pansement, sur notre porte-caustique, ou sur la pince fixée au manche de notre petit levier pour redresser le col. On achèvera ensuite d'absterger les parties avec une ou deux injections d'eau froide dont le jet sera dirigé sur les parois du speculum et non sur le col; puis, après avoir trempé un petit pinceau de charpie ou l'éponge de notre porte-caustique dans du proto-nitrate acide de mercure, préparé avec deux gros de ce sel pour une once d'acide nitrique, on touche les surfaces ulcérées d'autant plus légèrement qu'elles sont plus superficielles et qu'on approche plus des limites du mal.

On doit laisser le caustique au moins une minute en contact avec les ulcérations de nature cancéreuses, et, dans ce cas, il est utile de revenir plusieurs fois de suite à la cautérisation. Pour cela, on aura la précaution d'imbiber chaque fois son pinceau, et de l'appuyer légèrement contre le bord du vase qui contient l'acide, afin qu'il n'en soit chargé que de la quantité strictement nécessaire pour agir sur les surfaces ulcérées. On évite de cette manière que l'action de la liqueur caustique sur les parties voisines ne détermine les phlegmasies et les adhérences des pa-

rois du vagin, et tous les accidents signalés par MM. *Marjolin, Lisfranc, Dugès, Pauly, Loir* et d'autres praticiens.

Lorsque l'opération sera achevée, on fera immédiatement une injection d'eau froide, ou avec une décoction émolliente et narcotique, qu'on devra laisser pendant quelques minutes au fond du speculum, de manière à baigner le museau de tanche et à diminuer les douleurs qui, du reste, sont en général peu vives. Si une première cautérisation ne suffit pas, on y reviendra après la chute de l'escarre, qui a lieu le cinquième ou le sixième jour, et on renouvellera le même moyen jusqu'à ce qu'on ait détruit complètement les parties altérées, ce qui sera facile à reconnaître lorsque la surface ulcérée présentera des bourgeons charnus semblables à ceux qui se développent sur les plaies simples. En général, la cautérisation ne doit être pratiquée que sur les ulcérations peu étendues en surface et en profondeur, ou pour détruire des fongosités reposant sur des tissus sains : dans ce dernier cas, on devra, avant d'appliquer le caustique, exciser les végétations avec les ciseaux à lames extrêmement recourbées, que nous avons imaginés pour cela, et s'assurer toujours avant d'opérer que les tissus environnant ne sont pas le siége d'une inflammation très-vive. S'il en était ainsi, avant d'agir, on aurait recours aux bains, aux lavements, aux injections et aux cataplasmes émollients, et on combat-

trait les phlegmasies consécutives par les mêmes moyens, et par les saignées générales et locales.

Nous terminerons ce que nous avions à dire sur la cautérisation, en ajoutant que, si elle a été souvent efficace dans les cas d'ulcérations superficielles, elle est toujours inutile et même nuisible lorsqu'il existe des ulcérations étendues et des dégénérescences squirrheuses et profondes. La résection des parties affectées est alors la seule ressource qui puisse offrir quelques chances de succès.

AMPUTATION DU COL DE LA MATRICE.

La résection du col de la matrice au-dessous de l'insertion vaginale, quoique étant une conquête de la chirurgie moderne, avait été conseillée par les anciens. *Ambroise Paré* (1) dit de couper le *thym* du col de la matrice, qui est « dur, âpre ou raboteux, de couleur livide, fongueux, avec une douleur poignante, comme pointes d'aiguilles. » En parlant du *thym malin*, il dit « qu'il s'indigne au toucher, et jette grande quantité de sang étant coupé ou irrité, principalement après la compagnie de l'homme, ou que la femme ait cheminé ou fait quelque grand exercice. » Il ajoute « qu'on pourra mettre le spéculum matricis, afin de voir plus aisément... » *Lapeyronie*, consulté sur un sarcome attaché au bord de l'utérus qui était calleux dans cet endroit, ayant pensé qu'on

(1) Œuvres d'*Ambroise Paré*, lib. XXIV, page 1012.

pouvait extirper la tumeur avec la callosité d'où elle prenait naissance, coupa jusque dans la partie saine, et la malade guérit parfaitement. *N. Tulpius*, mort en 1674, dit (1) que des tumeurs squirrheuses de l'utérus, ayant déjà acquis toute la malignité du cancer, ont été extirpées avec succès. Cependant, à en juger par le dessin qu'il donne de celle enlevée sur une nommée *Gertruda Turina*, il paraîtrait que ces tumeurs n'étaient réellement que des polypes. D'après *Baudelocque*, la résection du col utérin a été proposée par *Lauvariol*, en 1780; elle a été également conseillée par *Wrisberg*, (2) en 1787; par *Monteggia*, en 1788, dans un ouvrage (3) traduit en allemand par le docteur *Schlessing*, et commenté par le docteur *Kravel* dans une dissertation publiée à Iéna, en 1786, où il renouvelle la proposition du célèbre chirurgien de Milan; enfin, en 1801, le professeur *Osiander* offrit le premier exemple bien authentique de la résection du museau de tanche cancéreux. Ayant publié, sept ans après, dans le Bulletin de la Société royale de Gœttingue, un Mémoire où il fit connaître les résultats de plusieurs opérations du même genre, ses heureuses tentatives produisirent une si grande sensation en Allemagne, que l'Académie Joséphine, de Vienne, proposa un prix de 200 flo-

(1) Observat. medend. lib. III. Cap. 34. avec fig. 1641.
(2) De uteri resectione, etc. Goethingue, 1787.
(3) Annotazionni pratiche sopra gli mali. ven. p. 179.

rins, à décerner à l'auteur du meilleur travail sur ce sujet.

Cette nouvelle et téméraire opération ayant eu en peu de temps un grand retentissement en France, fut bientôt adoptée et pratiquée plusieurs fois avec plus ou moins de succès par *Dupuytren* et M. le professeur *Récamier* à qui la science doit l'immense service d'avoir fait connaître le spéculum cylindrique. Mais les espérances qu'avaient d'abord fait naître les premiers résultats, ne s'étant pas réalisées, la résection du col utérin était en quelque sorte abandonnée par les chirurgiens qui avaient été ses premiers partisans, lorsque en 1826, les nombreuses observations que fit connaître M. *Lisfranc*, forcèrent les plus incrédules à convenir du peu de danger immédiat qu'elle présente en général et à reconnaître que lorsqu'elle est pratiquée à temps et méthodiquement, elle forme la seule ressource qui offre des chances de succès dans certains cas qui ont été rebelles à tous les autres moyens.

Plusieurs procédés ont été proposés ou employés pour pratiquer la résection du col utérin, soit en abaissant l'organe au niveau de la vulve, soit en opérant sans le déplacer.

M. *Osiander*, après avoir porté deux aiguilles courbes garnies de rubans de fil, sur le col de la matrice qu'il traversait dans deux points opposés de sa circonférence, abaissait cet organe aussi près que possi-

ble de la vulve en exerçant de petites tractions, puis il faisait la section des parties malades ou avec le bistouri de *Pott,* et tamponnait ensuite le vagin avec des boulettes de charpie ou une petite éponge, qu'il recouvrait d'un mélange de poudre d'alun, de gomme arabique et de colophane.

Le professeur *Dupuytren*, et après lui la plupart des chirurgiens, ont remplacé les rubans *d'Osiander* par une pince de *Muzeux* très-longue et présentant des crochets peu courbés de manière à saisir et à lâcher lorsqu'on veut le col utérin ; nous allons du reste rapporter en peu de mots le procédé de M. *Dupuytren* tel qu'il est décrit dans la médecine opératoire de *Sabatier*. « Le chirurgien introduit dans le vagin le spéculum qu'il a eu l'attention d'oindre d'huile, et le donne à maintenir à un aide. Cela fait, il saisit et attire légèrement à lui, avec la pince de *Muzeux*, tenue de la main gauche, toute la portion du col de l'utérus, qui est affectée de dégénérescence carcinomateuse, et il la retranche avec un couteau à deux tranchans, courbé sur son plat, ou mieux avec de très-longs et très-forts ciseaux également courbés sur leur plat et parfaitement tranchans, tenus de la main droite, et qu'il porte alternativement en haut, en bas et sur les côtés, en tournant en dedans leur concavité, et les faisant agir autant que possible sur les parties saisies au-delà des limites du mal. »

Le procédé de M. *Lisfranc* qui est le plus générale-

ment suivi, consiste également dans l'abaissement de la matrice jusqu'au niveau de la vulve ; les pièces de l'appareil et les instruments nécessaires pour l'opération, sont, un spéculum bivalve, deux pinces de *Muzeux*, deux bistouris boutonnés, un droit et un à lame courbée sur le tranchant, de forts ciseaux courbes sur le plat, une pince à torsion, des ligatures, des compresses, de la charpie, enfin un bandage en T.

Afin de ne rien omettre et pour mieux exposer ce procédé avec tous ses détails, nous le rapportons ici, tel que nous l'avions décrit dans notre Mémoire sur l'amputation de la matrice, d'après la thèse du docteur *Avenel* de Rouen, ancien élève et prosecteur des cours de médecine opératoire de M. *Lisfranc*.

La femme étant couchée comme nous l'indiquons pour notre procédé, M. *Lisfranc* emploie un spéculum composé de deux demi-cylindres d'étain sur les extrémités desquels sont soudées deux tiges de fer qui s'articulent entre elles. Dans cette disposition il résulte qu'en pressant sur l'extrémité libre de ces tiges, les deux cylindres s'éloignent l'un de l'autre ; leur écartement permet plus facilement au col très-volumineux de s'engager dans leur capacité, et aux instruments nécessaires à l'opération de passer. En outre, en tendant le vagin dans toute son étendue, il empêche qu'en formant une plicature vers son fond il ne vienne à couvrir plus ou moins le col. Les pin-

ces de *Muzeux*, dont M. *Lisfranc* fait usage, sont plus longues et plus fortes que celles dont on se sert ordinairement ; leurs crochets, moins courbés, embrassent très-bien l'organe sans qu'on soit obligé de pousser très-loin leur écartement ; d'ailleurs la longueur contribue encore à écarter la main de l'aide qui les soutient. L'opérateur, après s'être assuré de la position du col pour qu'il soit embrassé plus tôt, et plus aisément sur le *spéculum*, introduit cet instrument.

Le museau de tanche est essuyé, s'il en est besoin, afin d'assurer bien sa présence et de voir s'il n'est pas recouvert par quelque plicature vaginale. L'érigne est portée fermée immédiatement au-dessous de l'organe, au moment où ses mors sont suffisamment ouverts et engagés entre le col et les parois du *spéculum*, pour saisir, s'il est possible, deux points diamétralement opposés du premier ; l'opérateur pousse légèrement sur eux à mesure qu'ils s'implantent dans le tissu même de la matrice.

Cette manœuvre est indispensable pour suivre le mouvement d'ascension de l'organe, mouvement qui exposerait à le saisir trop bas. On extrait le *spéculum* seul très aisément, puisque l'airigne peut passer dans l'écartement que les deux demi-cylindres laissent entre eux. Le premier soin doit consister à exercer sur l'utérus des tractions légères, lentes et graduées, à l'aide desquelles on tente de l'amener au-dessous de

la partie inférieure du vagin, d'abord dans la direction de l'axe du détroit supérieur, ensuite de celui du détroit inférieur du bassin; mais, pour que la matrice soit mieux saisie, et que tous les points du pourtour de la partie inférieure de son col fassent à l'extérieur une égale saillie, le chirurgien applique les mors d'une seconde érigne, sur les extrémités du diamètre transversales ou du diamètre antéro-postérieur de l'organe, suivant la direction dans laquelle la première a été appliquée.

Ainsi, quelque tendance qu'éprouve l'utérus pendant la section à reprendre sa place dans la cavité abdominale, les tissus maintenus en place pourront être coupés, soit à la même hauteur, soit à des hauteurs inégales, suivant les circonstances pathologiques. Portant ensuite le doigt indicateur sur le pourtour de l'insertion du vagin, insertion facile à reconnaître à la présence d'une espèce d'anneau au-dessus duquel la pression fait sentir le vide, le chirurgien confie les pinces à un aide intelligent, qui, par des tractions uniformes, maintient le col susceptible d'un prolapsus plus ou moins grand, suivant les sujets. Cet aide est en face du bassin, et l'opérateur, placé comme lui en dedans des cuisses, est, à gauche de la malade, armé d'un bistouri courbe tranchant sur sa concavité, dont la moitié correspondant à l'articulation de la lame avec le manche doit être garnie de linge jusqu'à un pouce et demi environ de son extré-

mité boutonnée, quelquefois plus, quelquefois moins, suivant le volume du col. L'opérateur commande à l'aide de relever les airignes pour imprimer à la partie inférieure de la matrice un mouvement de bascule qui fasse saillir davantage la partie postérieure de son col ; ainsi, on verra mieux les limites de la maladie qui y siége, et l'on pourra couper plus haut. Le chirurgien glisse ensuite son doigt indicateur gauche à demi fléchi derrière le museau de tanche, mesure avec ce doigt, dont la face palmaire est dirigée en bas, la hauteur à laquelle la section doit être faite ; le bistouri est placé immédiatement au-dessous de lui, et au fur et à mesure que l'instrument marche, il le dirige et lui sert de point d'appui, tandis que l'aide abaisse graduellement les airignes pour faire saillir à leur tour successivement les autres points du col de la matrice, suivant que le chirurgien doit couper à des hauteurs différentes. Il est bien entendu que, la maladie pouvant s'élever plus d'un côté que de l'autre, cet aide sera chargé, pour que le mal soit complètement enlevé, de donner, par les mouvements qu'il imprimera aux pinces, des inclinaisons convenables à l'extrémité inférieure de la matrice, et surtout de ne point exercer de tractions trop fortes à mesure que la section s'achève, dans la crainte de déchirer ces tissus. Ce bistouri, d'ailleurs, doit marcher en sciant et à petits coups, pour éviter la lésion des grandes lèvres, l'inégalité de la plaie et les écarts

dangereux. Ce temps de l'opération est assez difficile à cause de la résistance qu'offre dans l'état naturel le tissu du col de l'utérus.

Il est des cas dans lesquels le col est trop volumineux pour pouvoir s'engager dans le *spéculum* : alors on est obligé de faire abstraction de cet instrument et de conduire sur le doigt indicateur des érignes qu'on va fixer sur le museau de tanche.

MODIFICATIONS DE L'AUTEUR.

Pour éviter d'employer à la fois deux pinces de *Muzeux*, qu'on est forcé de confier à des aides, dont les mains gênent les manœuvres, et surtout pour saisir d'un seul coup dans tous les sens, d'une manière plus solide et sans difficulté, le col de la matrice qu'on veut abaisser, nous avons imaginé en 1828 une érigne à huit crochets qui se rapprochent et s'écartent au moyen d'une tige centrale fixée sur un coulant disposé en croix. Avec cet instrument que nous appelons *utéro-ceps* des mots latins *uterus* matrice et *capere* prendre, un chirurgien peut opérer seul, exécuter par conséquent plus uniformément les tractions, enfin diriger plus méthodiquement les mouvements d'élévation, d'abaissement et de latéralité qu'exige la section des parties malades.

Le manche de notre quadruple-érigne, qui est rendu mobile au moyen d'une charnière, doit être

dirigé du côté de l'anus, de manière que les mains de l'opérateur ne masquent pas l'entrée de la vulve et l'intérieur du spéculum, comme cela arrive quand on se sert des pinces de *Muzeux*. Pour pratiquer l'amputation du col uterin avec l'*utéro-ceps*, on l'introduit dans notre speculum ou dans tout autre multivalve, puis après en avoir fixé les crochets solidement sur la circonférence du col, on replie le manche dans le sens des tiges de l'érigne, puis on retire l'instrument dilatateur comme le fait *M. Lisfranc*.

Après l'extraction du spéculum, on fait prendre au manche de l'*utéro-ceps* la direction qu'il avait primitivement, c'est-à-dire qu'on le ramène du côté du périnée, pour opérer ensuite l'abaissement de la matrice avec lenteur et ménagement, et d'après les principes que nous avons signalés plus haut.

L'opérateur, en se servant de notre pince, non seulement saisit le col avec un seul instrument, mais encore a beaucoup moins à craindre les déchirements qui résultent, soit des tractions inégales et faites plutôt dans un sens que dans un autre, soit de la fatigue et de la maladresse des aides qui ne pouvant assez longtemps maintenir rapprochées les branches des pinces de *Muzeux*, les lâchent suffisamment pour qu'elles abandonnent le col, comme nous pourrions en citer plusieurs exemples. Nous avons vu également qu'après ce fâcheux accident, un professeur de l'école

avait été obligé de renoncer à l'opération, et qu'il était résulté de sa malheureuse tentative des accidents nerveux très intenses et une métropéritonite qui causa la mort de la malade.

Si après avoir placé notre érigne il était impossible, comme cela arrive fréquemment, d'abaisser l'utérus jusqu'au niveau de la vulve, on ne devrait pas pour cela abandonner l'opération ; mais il faudrait replacer le spéculum sans ôter l'utéro-ceps, puis faire la section du col, soit avec nos couteaux dont l'extrémité est montée en fer de faux, soit avec des ciseaux extrêmement recourbés dont nous donnons les dessins à la fin de ce volume. On pourrait également se servir de ces deux derniers instruments pour faire la section du col, lors même qu'on l'aurait saisi avec les pinces de *Muzeux*.

Nous terminerons en disant que, en opérant avec les modifications et les instruments que nous venons d'indiquer, on n'a pas besoin d'aides intelligents qui aient souvent vu faire l'opération et qu'on ne trouve que dans quelques grands hôpitaux de Paris.

DE L'HYSTÉROTOMIE SANS DÉPLACEMENT DE LA MATRICE.

Le grand nombre d'amputations du col de la matrice, que nous avons vu pratiquer par les méthodes précédentes, nous ont prouvé que les tractions exercées

sur cet organe et ses annexes rendaient cette opération le plus souvent très longue et toujours pénible et douloureuse, et que la section du col faisait à peine souffrir les malades et était, dans quelques cas, presque inaperçue par elles.

Ces motifs, la difficulté et souvent l'impossibilité qu'on éprouve d'abaisser la matrice, dans les cas de cancer mou, fongueux et frangé, etc.; le prolapsus quelquefois considérable qui résulte de l'opération et qui retarde ou empêche la cicatrisation de la plaie par des froissements répétés; les accidents nerveux et tous les symptômes fâcheux qui dépendent des tractions, des déplacements, de l'extension forcée et trop prompte du tissu, des membranes, des ligaments, des nerfs et des vaisseaux, non seulement d'un organe déjà malade et enflammé, mais encore de plusieurs autres organes dont les rapports anatomiques sont, comme ceux de la matrice, plus ou moins changés; le danger qu'il y a de perforer le vagin comme cela a déjà eu lieu en opérant dans cette cavité avec le secours de divers instruments que nous ferons connaître, enfin l'espoir de pouvoir offrir une ressource chirurgicale à un mal dont la nature et les progrès auraient fait regarder comme inapplicables toutes les autres méthodes opératoires, nous ont suggéré l'idée d'un *hystérotome* qui, agissant sans exercer de traction, saisit et coupe au fond du vagin dilaté au

moyen du spéculum, le col de la matrice, à la hauteur qui est jugée nécessaire.

Notre *hystérotome*, dont le nom vient des mots grecs ὕστερα, *matrice* et τέμνειν *couper*, est un instrument peu compliqué, qui se compose des pièces suivantes :

Un tube d'acier AA de trois lignes de diamètre, et de six pouces de longueur, terminé à l'une de ses extrémités par une érigne double BB, dont les branches se rapprochent de manière à saisir fortement le col au moyen d'une tige CC destinée à faire avancer le coulant mobile D, qui doit serrer ou écarter les branches à coulisses de l'érigne BB. La tige CC, qui traverse le tube AA dans toute sa longueur, traverse aussi le manche d'ivoire E qui est terminé par un bouton F, par lequel on fait mouvoir la tige CC à laquelle il est fixé. Au milieu de l'instrument est un cylindre de cuivre G, terminé inférieurement par une espèce de poulie H, sur laquelle sont le ressort I et le crochet L qui tient élevé le levier M, qui appuie sur le renflement N du cylindre G qui sert de rappel à la lame O, destinée à couper le col de la matrice. Ce levier M, qu'on élève en pressant son extrémité P, reste fixé au crochet L. C'est ainsi monté, et tel que nous le représentons, que l'hystérotome doit être introduit dans notre spéculum.

DESCRIPTION DE L'OPÉRATION.

La malade doit être couchée sur le dos et placée sur le bord de son lit; deux aides doivent maintenir les membres abdominaux fortement écartés, et fixer le bassin de manière à ce qu'il soit immobile. Les jambes doivent être fléchies sur les cuisses et celles-ci sur le bassin. Il faut faire en sorte que le siége soit élevé et dépasse un peu le bord du lit.

Tout étant disposé comme nous venons de l'indiquer, l'opérateur procède à l'introduction du *speculum uteri*, puis après en avoir confié le manche à un aide et s'être bien assuré que le museau de tanche est dans la circonférence inférieure de l'instrument, on introduit l'*hystérotome* et on pousse de la main droite la tige CC qui fait rapprocher les branches et les crochets de l'érigne BB, qui saisit le col plus ou moins avant, selon que le mal s'étend davantage. Continuant de pousser la tige CC, le cylindre de rappel G porte au moyen du levier M, la lame O au devant des érignes; lorsqu'on presse sur les deux détentes P et Q, cette lame, qui est fixée au levier, tombe subitement sur la partie que l'on veut couper; alors en faisant faire un mouvement de rotation au cylindre G, le levier M tourne autour du col qui est amputé circulairement par la lame O.

Avant de lâcher les détentes P et Q, il faut avir soin de tirer un peu la matrice pour que le tissu

tendu de cet organe puisse être plus facilement coupé.

On retire ensuite l'instrument à l'extrémité duquel est fixée la partie du col qui vient d'être enlevée, et après avoir extrait le *speculum*, on remet la malade dans son lit.

Nous sommes loin de prétendre que notre procédé opératoire doive être employé dans tous les cas; nous pensons au contraire qu'il ne faut y recourir que dans certaines circonstances, entr'autres lorsque la femme est extrêmement nerveuse, lorsque la matrice est très élevée et peu mobile, quand le col de cet organe est mou, friable et déchiré, enfin dans les cas où l'on aurait vainement tenté l'emploi des autres méthodes, et qu'elles paraîtront devoir être d'une application difficile, longue, dangereuse ou tout-à-fait impossible.

Lorsque la matrice présentera des conditions opposées, c'est-à dire quand elle sera naturellement procidente, mobile et assez consistante pour supporter les efforts des érignes, nous pensons qu'on devra pratiquer l'hystérotomie en abaissant l'organe avec deux érignes, ou, comme nous l'avons indiqué, avec notre érigne à quatre branches qui a l'avantage de fixer plus solidement et dans tous les sens le col utérin et de ne pas exiger le secours de mains étrangères pour abaisser l'organe, et l'aide d'un chirurgien intelligent qui ait déjà vu pratiquer souvent l'o-

pération, ce qui ne se trouve que dans quelques grands hôpitaux de Paris.

Pour ne pas nous étendre inutilement, nous n'allons donner que quelques détails les plus importants sur les diverses opérations, dont les trois premières sont surtout intéressantes, à cause du volume très considérable de la tumeur, l'impossibilité de les enlever par les procédés ordinaires. Les deux autres ne présentent rien de curieux, si ce n'est qu'elles ont été peu douloureuses, très faciles, sans accident et presque sans hémorrhagies consécutives.

Madade Ch.., âgée de 30 ans, d'un tempérament bilieux sanguin, cheveux bruns, grande, d'une bonne constitution, ayant eu trois couches, affectée deux fois de syphilis communiquée par son mari; à la suite de chagrins domestiques, et de la perte d'une fortune assez considérable, se sentit atteinte de douleurs lancinantes vers les aines, les lombes, les cuisses et l'utérus. Bien réglée avant l'apparition de tous ces symptômes, elle éprouvait depuis quelque temps des irrégularités dans la menstruation, et avait des hémorrhagies utérines si fréquentes qu'elles étaient presque continuelles; un écoulement blanc sanieux et d'une odeur fétide accompagnait toujours des pertes sanguines qui avaient tellement diminué ses forces, qu'il lui était presque impossible de marcher et de vaquer à ses occupations ordinaires. Madame Ch..., ne voyant aucun des symptômes

diminuer, vint consulter son médecin ordinaire M. *Bertrand*, qui, ayant pratiqué le toucher, soupçonna un cancer du col de la matrice, ce dont il s'assura au moyen du speculum uteri, appliqué par M. le docteur *Berthelot* qui avait été appelé en consultation. Le col était très gros, ramolli, couvert d'ulcérations et de végétations nombreuses; il était frangé sur ses bords, présentait tous les caractères d'un énorme fongus cancéreux. L'opération par notre procédé ayant été regardée comme la seule planche de salut qui restait à la malade et le seul moyen chirurgical applicable dans ce cas particulier, MM. *Bertrand* et *Berthelot* me firent part de leur détermination, et nous procédâmes à l'opération le 15 novembre 1828; quelques minutes suffirent pour la terminer malgré les difficultés que nous eûmes à surmonter pour fixer les érignes de l'hystérotome sur le col utérin qui avait deux pouces et demi de diamètre et qui était ramolli et baigné de sang. Notre spéculum brisé à six branches fut employé, et son introduction dans le vagin ne fut nullement douloureuse. La malade nous dit qu'elle avait moins souffert pendant l'opération que lorsque, pour explorer son mal, on lui avait fait l'application d'un spéculum à deux branches. Une hémorrhagie assez abondante eut lieu pendant l'opération, mais elle cessa aussitôt que madame Ch.... fut remise dans son lit. Il n'est survenu aucun des accidents qui ont lieu ordinairement.

Il n'y a pas eu de syncope ; point d'accidents nerveux, de soubresauts, des tendons de délire. Deux vomissements ont eu lieu; nous avions eu soin, pour éviter les efforts pénibles, de les favoriser en faisant boire un peu d'eau tiède sucrée. Il ne survint aucun symptôme de fièvre, de métrite, de péritonite; une seule saignée fut pratiquée le lendemain de l'opération, parce que nous trouvâmes une petite élévation du pouls; d'ailleurs la malade avait si peu perdu de sang depuis qu'elle était dans son lit que les draps n'étaient presque pas tachés. Huit jours après l'opération, une nouvelle application du spéculum nous permit de constater un commencement de cicatrisation et une plaie du plus bel aspect. Les bains généraux et locaux, les injections émollientes, puis, les injections avec du chlorure de chaux ont été prescrits. La diète a été observée les premiers jours, et la boisson ordinaire était une tisane faite avec de l'orge perlé et de la gomme, édulcorée avec du sirop de limon. Vingt-cinq jours après l'opération, la malade était entièrement guérie, et la cicatrisation était complète. Un teint plombé et ictérique, une figure triste et inquiète furent remplacés par un visage serein et coloré. Enfin, madame Ch... put avant un mois vaquer à ses occupations, qu'elle avait été obligée d'abandonner depuis long-temps. Afin qu'on ne pût avoir aucun doute sur la nature de l'altération du col, je l'ai présenté à MM. *Dupuytren*,

Récamier, *Blandin*, ainsi qu'à un grand nombre d'autres chirurgiens qui ont été d'avis que la partie excisée était de nature carcinomateuse.

Malheureusement les heureux résultats de l'opération ne firent que prolonger la vie de Mme Chant... Comme il y avait évidemment chez elle diathèse cancéreuse, le mal se manifesta de nouveau, non à la matrice, mais au-dessous du méat urinaire par une tumeur squirrheuse qui, s'opposant à l'expulsion de l'urine, fut enlevée par le docteur *Berthelot*; l'affection carcinomateuse se manifesta ensuite dans le vagin, et de proche en proche jusque sur l'organe gestateur par où il avait débuté primitivement; du reste cette malade a joui d'une assez bonne santé pendant huit ou neuf mois après l'opération, et ce n'est que le quatorzième mois qu'elle succomba au renouvellement de la maladie. Du reste, il n'y a aucun doute que l'opération lui a prolongé la vie au moins d'un an.

Le 15 février 1829, nous fûmes appelés à Longjumeaux (Seine-et-Oise) par le docteur *Guénée*, auprès d'une femme de 36 ans, qui était affectée d'un cancer fongueux d'un volume très considérable et s'étendant jusque près de l'insertion du vagin sur le col utérin. La tumeur, extrêmement friable, ramollie, désorganisée, était le siége d'un écoulement fétide et d'une hémorrhagie presque continuelle. Malgré l'étendue du mal et les difficultés que nous devions rencontrer,

nous procédâmes à l'opération, aidé de M. *Guénée*, médecin de la malade et de M. *Ducreux*. Quoique nous eûmes beaucoup de peine à fixer l'érigne de notre hystérotome à cause du volume de la tumeur et de l'écoulement sanguin qui avait lieu, les parties malades furent bientôt enlevées ; l'hémorrhagie qui durait depuis plusieurs mois, s'arrêta aussitôt que la malade fut replacée dans son lit ; il ne survint aucun phénomène nerveux et aucun symptôme inflammatoire. Le pouls qui était fréquent avant l'opération, loin de s'élever, diminua de vitesse, et bientôt la malade reprit des forces, de l'appétit et put se livrer au sommeil, dont les douleurs affreuses auxquelles elle était en proie l'avait complètement privée depuis long-temps. Cette observation a été insérée dans la Lancette française, tome 1, n° 49 ; la tumeur a été vue par *MM. Breschet*, *Velpeau*, *Fabre* et par plusieurs autres médecins distingués.

Nous avons encore pratiqué l'amputation du col de la matrice dans un cas à peu près semblable aux précédents. La tumeur était également un cancer fongueux très friable, mais présentant un pédicule assez étroit et reposant sur des tissus qui paraissaient sains ou du moins peu profondément indurés. L'opération fut pratiquée le 2 juin 1830, en présence de *MM. Caignoux*, *Bonfils* et *Lachaise*. Il ne se manifesta presque pas d'hémorrhagie consécutive, les accidents nerveux se bornèrent à deux vomissements ; la

fièvre fut très modérée, et la malade qui était âgée de 28 ans, et dont l'affection remontait à plus de quinze mois, se rétablit bientôt; la cicatrisation de la plaie fut complète après six semaines; enfin, jusqu'au 2 avril 1832, époque où madame G... succomba à une attaque de choléra, elle n'avait éprouvé qu'une sensation habituelle de pesanteur dans le bassin et des douleurs assez vives quelques jours avant l'écoulement des règles. La partie excisée fut présentée à *MM. Breschet*, *Cruveilhier*, *Blandin*, *Recamier*, *Dupuytren* et à plusieurs autres praticiens qui ont tous constaté une dégénérescence cancéreuse du col utérin.

L'excision du museau de tanche a été également employée par nous avec succès complet sur une dame de 26 ans qui avait consulté *MM. Dubois*, *Marjolin*, *Boyer*, *Lagneau* et le docteur *Sulp*... son parent. Le col utérin, sans être très-volumineux, était cependant hypertrophié, et présentait une ulcération à base dure, d'une couleur grisâtre, donnant naissance à un écoulement fétide ichoreux et d'une abondance telle, que peu d'instants suffisaient pour imprégner plusieurs serviettes. Comme le mal faisait des progrès et avait résisté à tous les moyens, et à un traitement antisyphilitique mercuriel et avec le rob de *Laffecteur*, nous proposâmes la résection du col qui fut pratiquée très facilement et presque sans douleurs, le 13 janvier 1831, en présence de MM. *Deganose*, le

docteur *Sulp...*, cousin de la malade. L'hémorrhagie fut un peu plus abondante que dans les cas précédents; il n'y eut point d'accidents nerveux consécutifs. La cicatrisation fut complète en moins de deux mois. Cette dame, qui est veuve depuis deux ans, continue de jouir d'une santé parfaite. Le museau de tanche excisé a été présenté à la société anatomique de Paris.

Enfin nous avons encore pratiqué l'hystérotomie par notre procédé sur la femme d'un conducteur de cabriolet, mais l'opération, qui avait été facile et sans accidents consécutifs fâcheux, n'a pas empêché la malade de succomber à une récidive, dix mois après l'excision des parties affectées. Nous devons dire cependant que l'affection cancéreuse semblait héréditaire chez cette femme, car sa mère était morte des suites d'un cancer au sein qui avait été extirpé à l'Hôtel-Dieu par M. *Dupuytren*.

Pour opérer au fond du vagin, M. *Jules Hatin* a proposé et même mis une fois en pratique un procédé opératoire dont nous allons dire quelques mots.

L'opération est divisée en deux temps; dans le premier, on fait l'application d'un *speculum* à trois branches que l'on peut dilater à volonté par une vis de rappel, et qui permet qu'on introduise dans la matrice un instrument qui sert à maintenir le col et le corps. Cet instrument est composé de trois tiges qui s'écartent en divergeant dans l'utérus, de ma-

nière à fixer et à tendre cet organe. On introduit ensuite l'*utérotome*, qui se compose de deux branches séparées qui se réunissent par une articulation semblable à celle du *forceps*, au milieu de laquelle est une ouverture pour laisser passer la tige dont l'extrémité est dans la cavité de la matrice. Ces deux branches, qu'on place l'une après l'autre et qu'on articule dans le *speculum*, portent, à leur extrémité utérine, deux lames en forme de croissants tranchants dont le rapprochement opère la section du col.

Nous n'avons aussi que peu de chose à dire du procédé du docteur *Canella*, qui selon nous, n'a qu'un seul inconvénient, c'est d'être inapplicable dans tous les cas. L'instrument que ce médecin a décrit dans la Revue Médicale, plus de deux ans après la publication de notre mémoire sur l'amputation du col de la matrice inséré dans le n° du mois de mai 1828 du même journal, est composé d'un spéculum cylindrique dans lequel on introduit un second spéculum armé d'une lame destinée à couper le col en faisant mouvoir circulairement le tube qui la supporte. Une pince de Muzeux doit maintenir l'organe pendant l'opération.

Avantages du procédé de l'auteur.

1° En pratiquant l'incision du museau de tanche au fond du spéculum, on évite non seulement les douleurs très vives que causent les tractions qu'on est

obligé d'exercer pour attirer la matrice au niveau de la vulve, mais encore la plupart des accidents nerveux consécutifs qui, d'après nos observations, semblent être déterminés moins par la section de l'organe que par son déplacement et la distension trop prompte de ses ligaments. L'hémorrhagie consécutive a également toujours été peu abondante après l'application de notre procédé, et elle s'est toujours arrêtée spontanément, ee qui du reste est plus difficile à expliquer que l'absence des phénomènes nerveux consécutifs.

2o On aura moins à redouter les métrites et les urétro-péritonites, qui résultent souvent des manœuvres violentes, des déehirures et des tractions de l'organe, ou de l'introduction dans sa eavité d'une tige destinée à le fixer ou à l'abaisser eomme le pratiquent MM. *Hatin*, *Guillon*, et quelques autres médecins.

3° On ne renoneera pas à l'opération, comme il est arrivé souvent, lorsque le eol était ramolli, déchiré, volumineux, ou lorsque dans des cireonstances opposées, la matriee ne pouvait être abaissée à la vulve malgré les tractions les plus méthodiques.

4° Les parois du vagin, les grandes lèvres et toutes les parties voisines protégées par le spéculum, ne seront pas exposées à être blessées, et perforées par l'instrument tranchant, ou les pinees de *Muzeux*.

5° Le prolapsus de la matrice, qui est une eonsé-

quence des tractions exercées sur cet organe, n'ayant pas lieu, la cicatrisation sera toujours plus prompte, n'étant pas retardée, et même rendue impossible par les froissements répétés qu'éprouve la partie inférieure de ce viscère en état de procidence insolite.

6° L'opération qui n'exige pas des aides intelligents est plus prompte, plus facile et toujours moins douloureuse que par tous les autres procédés ; on emporte d'un seul coup, surtout si le col n'est pas très volumineux, les parties malades qui auront été soigneusement explorées au moyen du toucher, du spéculum et de notre miroir concave, sans craindre de voir se renouveler l'accident qui est arrivé à un professeur de l'école ; lorsque la moitié du col fut coupée, la matrice qu'on avait avec beaucoup de peine tirée au dehors, rentra dans le vagin, sans qu'il fût possible de la saisir de nouveau pour terminer l'opération dont les suites ont été si funestes que la malade a succombé peu de jours après.

Si l'on nous objecte que nous ne pouvons faire que des sections horizontales, nous répondrons que comme l'hystérotomie n'offre des chances de succès que lorsque l'ulcération cancéreuse ne s'élève pas au delà du museau de tanche, notre procédé est toujours applicable dans ces cas qui sont les plus fréquents ; d'ailleurs, si le mal se prolongeait sur l'un des côtés du col, nous pensons qu'il vaudrait mieux couper transversalement au niveau du point malade,

pour être plus sûr de détruire entièrement tous les germes cancéreux et pour avoir une cicatrisation plus prompte, la plaie étant moins étendue que lorsque la section a été faite en bizeau. Du reste, nous le répétons, si notre procédé ne doit pas être appliqué dans tous les cas et s'il faut souvent lui préférer celui de M. *Lisfranc*, il est, comme nous l'avons prouvé, un complément chirurgical, et une ressource à laquelle les praticiens pourront recourir, surtout lorsque les autres procédés opératoires leur paraîtront contre-indiqués, moins par l'étendue du mal que certaines dispositions des parties qui rendent l'hystérotomie par abaissement, d'une application difficile, et souvent impossible.

Parmi les phénomènes consécutifs de l'opération, on doit ranger une foule d'accidents nerveux qui épouvantent ceux qui n'en ont jamais été témoins. En général ils sont de courte durée, et dépassent rarement deux ou trois heures si, surtout, on a prescrit à la malade une potion antispasmodique.

Le sang, qui coule souvent avec force, forme un caillot qui bouche le vagin et occasionne des ténesmes, des selles fréquentes et des besoins factices d'uriner. Il survient des vomissements quelquefois très multipliés, des rapports, des hoquets, des nausées qui produisent des angoisses pénibles; la contraction des muscles de l'abdomen et les secousses qui en résultent chassent du vagin le caillot qui avait arrêté

l'hémorrhagie. Le sang qui coule de nouveau fait cesser tous ces accidents ; mais souvent lorsque l'écoulement se prolonge, la face pâlit, le pouls devient faible, il se manifeste des vertiges, des tremblements, des tintements d'oreilles, des soubresauts des tendons et plusieurs accidents nerveux ; enfin il survient souvent une syncope qui fait cesser tous ces phénomènes et qui doit d'autant moins inquiéter que c'est un moyen que la nature emploie pour arrêter une hémorrhagie rebelle. On doit faire revenir la malade, la tranquilliser, mais se garder de tamponner, à moins que le sang coulant long-temps après la syncope, les jours de la femme ne soient menacés.

Il est très-rare qu'on ait besoin de tamponner, mais lorsqu'on est obligé d'en venir là, il faut laisser le tampon peu de temps dans le vagin, parce que, par la pression qu'il exerce, il peut déterminer des inflammations et s'opposer à une évacuation sanguine capable de les prévenir ou de les diminuer si elles existent déjà.

Comme ces accidents ont lieu quelques heures après l'opération, il serait très-imprudent de quitter la femme et de la laisser seule un instant.

TRAITEMENT CONSÉCUTIF.

Quelquefois les phénomènes que nous venons d'indiquer n'ont pas lieu après l'opération ; il arrive que

lorsque le sang ne s'est pas écoulé en assez grande quantité, on a à craindre une fièvre violente. Il faut alors examiner l'état de la malade, porter le doigt indicateur dans le vagin pour enlever le caillot qui avait arrêté l'hémorrhagie; et faire ensuite, selon le conseil de M. *Lisfranc*, des injections émollientes tièdes. De petites saignées doivent être pratiquées au bras, à des intervalles plus ou moins longs, suivant que l'état du pouls le permet, et que les autres symptômes l'exigent. Ces petites saignées, qu'on emploie aussi pour arrêter les hémorrhagies diminuent de beaucoup l'intensité de la fièvre, et font cesser l'inflammation qui se développe toujours autour de la plaie de la matrice.

Si on aperçoit des symptômes de gastro-entérite, et que la malade éprouve des douleurs à l'épigastre, il faut faire une application de sangsues sur cette partie, ordonner des lavements et des fomentations à l'eau de graine de lin, et appliquer des cataplasmes émollients, si le ventre n'est pas trop sensible.

Après quelques jours, lorsque tous les symptômes auront disparu, on fera bien de nettoyer le vagin avec des injections d'eau de guimauve; puis, lorsqu'il n'existera plus d'irritation et que la plaie paraîtra se cicatriser, on fera de nouvelles injections, d'abord avec de l'eau pure, ensuite avec du chlorure de chaux à un, puis successivement à deux, trois, quatre et

même cinq degrés. Cette espèce d'injection active puissamment la cicatrisation, qui est souvent retardée par les écoulements blancs auxquels sont sujettes presque toutes les femmes affectées de maladies à la matrice.

Ces écoulements continuant après l'opération, font naître quelquefois des bourgeons sanieux qu'il faut cautériser avec le nitrate acide de mercure. La cautérisation faite par ce moyen non-seulement détruit les bourgeons sanieux, mais encore les bourgeons charnus dont l'exhubérance s'oppose à la cicatrisation.

Pendant les premiers jours qui suivront l'opération, on tiendra la malade à une diète rigoureuse ; il faudra de temps en temps recourir aux saignées révulsives, ordonner des bains, des injections émollientes, des lavements. Lorsque la guérison sera complète, on recommandera un régime doux plus spécialement végétal ; on usera avec la plus grande modération du coït dont on devrait s'abstenir entièrement s'il se manifestait des douleurs plus vives.

Nous terminerons en disant que l'amputation du col de la matrice, est une opération qui ne doit être pratiquée qu'avec la plus grande réserve et seulement comme ressource extrême dans les cas où les moyens thérapeutiques que nous avons indiqués n'auraient pas empêché le mal de faire de nouveaux progrès et de rendre tout-à-fait inévitable la mort

des malades. Cependant, on ne devra pas attendre que l'affection cancéreuse ait envahi tout le col ; car indépendamment des dangers plus grands qui dans ce cas résulteront de l'opération, la récidive est presque inévitable, lorsque le mal dépassant le museau de tanche, exige qu'on enlève la totalité ou une grande partie du col, et surtout que l'on creuse dans sa cavité, ainsi que le recommandent la plupart des praticiens. C'est pour cette raison que les sections horizontales sont celles qui conviennent le plus souvent, ce qui rend notre procédé applicable, et suffisant dans un grand nombre de cas. D'ailleurs, si on avait laissé quelques points qui parussent être de nature suspecte, il serait toujours facile de les enlever au moyen de notre pince érigne et d'un de nos couteaux à lame montée en fer de faulx, comme nous l'avons fait sur la femme que nous avons opérée à Longjumeaux.

L'opération offre de plus grandes chances de succès lorsque l'affection est une ulcération primitive reposant sur une couche indurée très mince, et consécutive à la dégénérescence carcinomateuse. *Le cancer fongueux* dont le pédicule plus ou moins étroit est fixé par des racines peu profondes sur le museau de tanche, est encore une des formes du cancer qui, après l'excision des parties, est le moins exposée à une récidive. Dans tous les cas, on devra différer l'opération, tant que le mal paraîtra rester station-

naire et qu'on aura l'espoir d'arrêter ses progrès par tout autre moyen. Enfin on rejettera définitivement l'hystérotomie, lorsque la lésion ne sera pas bornée au col, ou qu'elle affectera en même temps d'autres organes; il sera bon égalcment de tenir compte de la prédisposition héréditaire, de la marche, de l'ancienneté de la maladie, de l'âge et de la constitution de la malade. Le squirrhe ulcéré, le cancer encéphaloïde, le cancer hématode, sont beaucoup plus sujets à une récidive, surtout s'il y a prédisposition héréditaire. Nous devons dire que cette dernière circonstance rend la reproduction du mal presque inévitable, ce qui contr'indique le plus souvent l'opération.

Nous concluons en disant que lors même que l'amputation du col de la matrice ne réussirait qu'une fois sur six et même une fois sur vingt, elle n'en serait pas moins une conquête précieuse de la chirurgie moderne, puisque elle peut sauver la vie à des femmes vouées à une mort certaine ou du moins différer souvent l'époque de ce terme fatal. Nous ajouterons que cette opération, qui est beaucoup moins douloureuse et moins dangereuse que la cystotomie, n'a pas empêché quelques femmes qui l'ont subie de devenir enceintes et d'accoucher heureusement (1).

(1) Madame *Carpentier*, opérée par M. *Lisfranc*, a eu quatre enfants, dont deux jumeaux ; ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'avant l'opération, elle n'avait jamais conçu, quoiqu'elle fût

Si dans quelques cas, il peut au contraire en résulter l'oblitération de l'orifice inférieure de la matrice et par conséquent un obstacle à la conception, et à l'écoulement des règles, il est facile d'empêcher cet accident en introduisant une petite sonde de gomme élastique dans l'ouverture du museau de tanche, lorsqu'au moyen du spéculum, on examine l'état de la plaie et la marche de la cicatrisation. Pour opérer la section du col sans avoir à craindre l'hémorrhagie, M. *Mayor*, de Lausanne, a proposé (1) la ligature pratiquée de manière à séparer les parties malades par un étranglement capable d'y détruire la vie et les phénomènes qui en dépendent. Il est inutile de dire que ce moyen offre trop d'inconvénients et trop de difficultés d'exécution pour avoir trouvé des partisans; d'ailleurs, l'hémorrhagie que veut surtout éviter M. *Mayor*, prévient, ou diminue lorsqu'elle est modérée, l'inflammation de la matrice ; dans le cas où elle serait trop abondante, on pourrait s'en rendre maître, soit au moyen du tamponnement, soit en cautérisant les vaisseaux ouverts qui fournissent le sang, avec un stylet boutonné rougi à blanc et porté sur la plaie avec l'aide du spéculum.

Nous ne parlerons également que pour en faire

mariée depuis plusieurs années. Dans ce cas, et dans quelques autres que nous pourrions citer, il est probable que la section n'avait pas de beaucoup dépassé le museau de tanche.

(1) Séance de l'académie des sciences du 19 février 1827.

mention, de la *cuillère tranchante de Dupuytren* qui est incommode et ne fait que des sections toujours obliques, inégales et morcellées; les ciseaux courbés en demi lune et fixés à angle droit sur leur manche proposés par M. *Arronssohn* de Strasbourg, ont l'inconvénient de couper en pressant et surtout d'exiger un écartement trop considérable pour pouvoir être introduits au fond du spéculum et embrasser le col de la matrice qu'on trouve toujours volumineux et engorgé lorsqu'il est le siége d'une affection cancéreuse.

DE L'EXTIRPATION DE LA MATRICE CANCEREUSE.

Lorsque la dégénérescence cancéreuse a étendu ses ravages jusque sur le corps de la matrice, on a non seulement proposé mais même mis en usage l'extirpation complète de cet organe. Cette effrayante et téméraire opération s'exécute de différentes manières; lorsque l'utérus, altéré dans toutes ses parties, est précipité hors de la vulve, on peut avoir recours à trois méthodes opératoires qui sont, 1° l'extirpation au moyen d'une ligature placée sur le pédicule de la tumeur formée par le vagin renversé, 2° l'extirpation avec une ligature placée de la même manière et ensuite la section des parties au-dessus des fils, 3° l'excision pure et simple sans ligature et avec le secours d'un instrument tranchant. Comme en parlant du

traitement chirurgical du prolapsus de la matrice, il a déjà été question de ces divers moyens d'extirper cet organe, nous croyons inutile de revenir longuement sur ce sujet et nous nous contenterons d'ajouter que ce dernier procédé a l'inconvénient de donner lieu à une hémorrhagie grave, et d'introduire brusquement l'air dans la cavité du péritoine, ce qui détermine presque toujours l'inflammation suraiguë de cet organe. Si le premier procédé a l'avantage de ne pas exposer à une hémorrhagie, il a le grave inconvénient de causer des douleurs vives et prolongées, d'autant plus que la matrice, étranglée, ne tombe qu'après plusieurs jours, pendant lesquels les malades, infectées par les matières putrides que fournissent les parties mortifiées, sont en proie aux symptômes nerveux les plus alarmants et aux accidents inflammatoires les plus graves. On doit donc rejeter ces deux procédés et préférer toujours le second que nous avons indiqué, c'est-à-dire la ligature et l'excision de l'organe au-dessous de la constriction. L'opération est aussi simple que possible, et on a de plus l'avantage d'éviter l'hémorrhagie, l'ouverture de la cavité du péritoine, le gonflement et la fonte putride de l'utérus, enfin la plupart, des accidents graves que déterminent les autres méthodes opératoires.

Soit que la matrice cancéreuse se trouve naturellement à l'état de précipitation complète, soit qu'elle

y ait été amenée par des tractions méthodiques, on devra toujours avant de placer les ligatures sur le pédicule vaginal, s'assurer si la vessie ou les intestins ne sont pas descendus dans la cavité que forme le vagin déplacé ; on évitera du reste de blesser ces organes, en élevant le bassin sur le lit un peu plus que le reste du corps et en lui imprimant quelques secousses. Le chirurgien, au moyen d'une aiguille armée d'un double cordonnet de soie très solide, transpercera ensuite les parois du vagin en agissant dans le sens vertical, c'est-à-dire du pubis vers le rectum, puis, après avoir séparé les fils de cette double ligature, il liera séparément les deux portions correspondantes du pédicule à étrangler. De cette manière, la constriction est plus immédiate et les ligatures risquent moins de glisser, après la résection de la matrice qui, comme nous l'avons dit, doit être faite au-dessous des fils.

Pour abaisser l'utérus non déplacé, afin d'opérer ensuite l'ablation de cet organe, on pourra employer avec avantage, soit notre quadruple érigne, soit une sorte de sonde creuse qui est susceptible d'être indroduite dans la cavité utérine dont les parois sont saisies de dedans en dehors au moyen de quatre petits crochets qui s'y développent plus ou moins en faisant tourner une virole en forme de volant ou vis de rappel qui est fixée à l'extrémité extérieure de l'instrument. Cette sonde, qui se meut par le même méca-

nisme que notre tire-tête, et que nous avons imaginée en 1828 pour faire des essais sur le cadavre, avec M. *Lisfranc*, qui, à cette époque devait pratiquer l'ablation totale de la matrice, ne doit être employée que dans le cas où le col n'offrirait pas assez de prise aux érignes, et où le mal n'aurait pas encore ramolli l'intérieur de l'utérus et lui offrirait par conséquent un point d'appui solide. L'instrument de M. *Guillon* et de M. le professeur *Récamier*, qui ont quelque analogie avec le nôtre, pourraient également être employés dans le même but, mais ils n'ont pas l'avantage de pouvoir être fixés assez solidement, de présenter une échelle graduée qui indique d'une manière précise l'écartement des branches, enfin, de pouvoir être introduits ou retirés facilement à cause du volume et des saillies trop considérables de leur extrémité brisée.

Extirpation de la matrice sur place. Lorsque la rigidité des ligaments utérins ne permet pas d'abaisser l'organe, ce qui rend l'opération beaucoup plus difficile, plus longue et plus dangereuse, on peut néanmoins en faire l'ablation totale, d'après deux méthodes principales. La première, que l'on désigne sous le nom de méthode *hypogastrique* ou *sus-pubienne*, a été proposée positivement et décrite méthodiquement par M. *Gutberlat* en 1814 ; cette méthode, qui est une des tentatives les plus hardies de la chirurgie moderne, et que nous rejetons dans tous

les cas, consiste à embrasser d'abord le col utérin et à fixer la totalité de l'organe au moyen d'une sorte d'anneau monté sur un long manche de manière à pouvoir être introduit dans le vagin; puis après avoir fait sur la ligne blanche et au-dessus de la vessie une incision assez étendue pour permettre l'introduction de la main, le chirurgien saisit la matrice, l'attire à lui, la soulève, et coupe les ligaments larges et l'extrémité supérieure du vagin, au moyen de longs ciseaux conduits de la main droite.

Cette méthode, la plus dangereuse de toutes et qui est une des plus faciles à exécuter, n'a été appliquée sur le vivant par MM. *Langenbeck* de Goettingue et le professeur *Delpech*. Sans parler des modifications qu'y ont apportées ces deux habiles chirurgiens, nous nous bornons à dire que les deux femmes ont succombé l'une après trente-deux heures, et l'autre le troisième jour.

Cette horrible opération offre si peu de chances heureuses que non-seulement on ne devrait jamais la tenter, mais même ne la laisser figurer dans les traités de médecine opératoire que pour la proscrire sans restriction.

L'ablation de la matrice non déplacée, opérée par *la méthode sous-pubienne*, a été pratiquée pour la première fois, en 1822 par M. *Sautèr* de Constance, médecin du Grand Duc de Bade; cet habile praticien avant de commencer l'opération fait vider la

vessie et le rectum, puis après avoir fait prendre à la malade la position que nous avons indiquée pour l'excision du col utérin et avoir dit à un aide de déprimer l'utérus et de refouler en haut les intestins, avec une main placée au-dessus du pubis de manière à ce que la paume regarde la symphise, « l'opérateur introduit l'index et le médius gauche dans le vagin, jusqu'à son cul-de-sac; il passe le bistouri convexe entre ses doigts et coupe circulairement le vagin sur le col jusqu'à deux ou trois lignes de profondeur; il porte ensuite entre les mêmes doigts des ciseaux courbes sur leur tranchant avec lesquels il sépare la vessie de l'utérus jusqu'au péritoine, en serrant de près l'utérus; pour cela, il tire et amène entre les lames des ciseaux, avec ses doigts, les portions de tissu cellulaire les plus fortes, afin de les couper avec précaution. Ce procédé est plus facile et plus sûr que celui où l'on emploie le bistouri concave. Cette séparation, poussée jusqu'au péritoine inclusivement, sera achevée, à la face postérieure de l'utérus, avec des ciseaux courbes sur le plat, dont la concavité reposera sur cet organe, qui le détacheront complètement du rectum, et permettront aux doigts glissés sur l'utérus de pénétrer dans l'abdomen. Parvenu à ce point, l'opérateur introduit la main gauche en entier, la paume tournée en arrière et enveloppant l'utérus; avec l'index et le médius il tire en bas la plus élevée des attaches latérales, et la

coupe avec le bistouri concave, glissé entre ses doigts et conduit avec lenteur et précaution; il en fait de même pour l'autre attache, en opérant au même point sur chacune d'elles alternativement, pour pouvoir faire la section avec sûreté des deux côtés, tandis que la matrice est encore en position. Il est inutile de remarquer que l'opérateur doit avoir soin de faire tomber les dernières sections sur la première, afin de ne pas prolonger inutilement l'opération.

» Pendant tout le temps que celle-ci dure, l'aide sus-indiqué doit maintenir sa main, comme il a été dit plus haut; lorsqu'elle est achevée, l'opérateur doit s'occuper de l'hémorrhagie. Il se peut qu'elle ne soit pas considérable; c'est ce qui a eu lieu dans mon observation, et ce qui doit arriver toutes les fois qu'on se tient près de l'utérus, parce que ses vaisseaux sanguins propres sont d'un petit calibre, comme des recherches multipliées me l'ont montré. Dans ce cas, l'hémorrhagie ne demande point de secours particuliers : mais si elle est considérable et donne de l'inquiétude, il faut immédiatement introduire un grand gâteau de charpie, qu'on pousse contre les intestins, puis garnir tout le pourtour du vagin avec de grands morceaux d'agaric préparé, dont on remplit le vide avec de la charpie; ce moyen simple me paraît préférable à l'emploi des styptiques.

» La malade, après ce pansement, sera couchée

et maintenue dans une position horizontale ; ce sera seulement alors que l'aide cessera de retenir les intestins avec sa main.

» S'il ne survient pas d'accidents étrangers aux conséquences naturelles de l'opération, la guérison ne demande que de simples précautions de prudence. Il faut éviter tout ce qui pourrait pousser les intestins dans le petit bassin, et pour cela il convient surtout que la malade ne change pas de situation pendant plusieurs jours. Les injections dans le vagin, si on les juge nécessaires ou convenables devront être poussées avec douceur, pour qu'elles ne pénètrent pas dans l'abdomen ; on aura la même attention en plaçant de la charpie. Dans les cas ordinaires, ces précautions sont suffisantes, le reste doit être abandonné à la nature qu'il suffit de ne pas troubler. » (Mémoire de *Sauter*, traduit par le docteur *Peschier* de Genève, et inséré dans les mélanges de chirurgie étrangère, 1824).

La femme qui d'après ce procédé fut opérée par M. *Sauter*, le 28 janvier 1822, mourut quatre mois après. M. *Hoelscher* qui opéra d'après la même méthode, le 5 février 1824, vit mourir sa malade au bout de 24 heures. Il fut obligé d'inciser latéralement le vagin pour faciliter les manœuvres et l'introduction des mains ; et dans le but de diriger l'action de l'instrument tranchant pendant la séparation de l'insertion vaginale sur la face antérieure de la ma-

trice, il introduisit une sonde dans la vessie. Les deux malades opérées par M. *Siebold* le 19 avril 1824, et le 25 juillet 1825 d'après le procédé du docteur *Sauter* survécurent, l'une soixante-cinq heures, et l'autre vingt-quatre; celles de M. *Langenbeck*, opérées le 11 janvier et le 5 août 1825, succombèrent la première au bout de trente-deux heures, et la seconde, après cinquante heures; ce célèbre chirurgien incisa d'abord le périnée d'avant en arrière, puis après avoir divisé le vagin postérieurement, en avant et sur les côtés, il saisit la matrice par son fond et l'enleva complètement par une dissection méthodique. Les quatre femmes opérées par le docteur *Blundell*, ont également succombé; la première regardée comme guérie, est morte après un an d'une récidive du cancer; la seconde, au bout de trente-neuf heures, la troisième, après neuf heures, et la dernière n'a survécu que quelques instants. M. *Blundell* commence l'opération, par détacher le vagin en arrière, et lorsqu'il a pénétré dans la cavité du péritoine entre la vessie et le rectum, il saisit le fond de la matrice qu'il renverse en arrière vers le coccyx, puis après avoir divisé les ligaments larges, il termine l'ablation de l'organe en le séparant de la vessie de manière à ne blesser ni les uretères ni le col de cette poche membraneuse. La malade opérée par M. *Banner*, le 2 septembre 1828, est morte le quatrième jour. Ce chirurgien renversa l'utérus sur le côté, après l'avoir

détaché en arrière et en avant, et avoir divisé le ligament large du côté opposé; il termina l'opération par la section du ligament qui était resté intact. M. *Lizars* d'Edimbourg, a vu également mourir après vingt-quatre heures, la femme qu'il opéra le 2 octobre 1828, comme l'avait déjà pratiqué M. *Langeubeck*, il fit une incision au périnée, mais il la prolongea jusque dans le rectum, puis avant d'effectuer le renversement de la matrice, il la détacha du vagin sur ses deux faces antérieures et postérieures. Enfin M. *Langenbeck*, qui a pratiqué en 1829 une troisième ablation de l'utérus par la méthode *sous-pubienne* ou *vaginale*, modifiée comme nous l'avons indiqué plus haut, n'a pas été plus heureux que dans ses autres opérations du même genre; car sa malade n'a survécu que quatorze jours.

M. *Récamier*, qui est aussi habile opérateur que médecin savant et ingénieux, a pratiqué le premier en France le 29 juillet 1829, l'ablation de la matrice; mais il a eu la douleur de perdre sa malade au bout d'une année. La méthode employée par M. *Récamier* est également celle de *Sauter*, qui, au moyen de plusieurs modifications importantes, a été rendue plus méthodique, plus facile et surtout plus sûre. Lorsque l'abaissement a pu être produit soit avec une érigne, soit avec l'un des autres instruments que nous avons indiqués plus haut, le vagin et le péritoine sont incisés en arrière et en avant du col en

suivant la surface de l'utérus pour éviter les uretères et le fond de la vessie. Ces incisions doivent être faites avec un bistouri caché et un bistouri boutonné porté sur l'extrémité du doigt qui les conduit; on place ensuite dans l'ouverture le bout de l'index gauche qui sert de conducteur au bistouri boutonné, avec lequel, en suivant transversalement la surface de la matrice, on prolonge à droite et à gauche la première ouverture, jusque vers les ligaments larges. On se conduit de la même manière sur la face postérieure de l'organe qui ne se trouve plus retenu que par ses parties latérales. Alors, au moyen d'une sonde de *Belloc*, on passe au-dessus de chaque ligament une ligature qu'on fixe avec un serre-nœud; enfin on termine l'opération comme dans les cas de prolapsus, en enlevant l'utérus de manière à ne laisser de chaque côté qu'un petit moignon destiné à soutenir les fils.

Lorsque la matrice ne fournit aucune prise et que la rigidité de ses ligaments rend son abaissement impossible, M. *Récamier* ouvre le vagin en arrière, comme l'a fait le docteur *Sauter*, mais il se sert pour cela d'un pharyngotome, puis au moyen du lithotome du frère *Côme* porté dans l'ouverture antérieure et guidé par le doigt indicateur gauche, il prolonge l'incision sur les deux côtés jusqu'aux ligaments larges; enfin après avoir répété la même manœuvre en arrière, il porte une ligature sur chacun des liga-

ments qui sont ensuite divisés près de la matrice. Ce viscère alors complètement séparé de toutes ses attaches naturelles peut être saisi avec une pince-érigne et facilement extrait de la cavité pelvienne. Il est bon de dire que M. *Récamier* ne comprend dans les ligatures que le tiers inférieur des ligaments larges, parce que c'est là que se trouvent les principaux vaisseaux artériels de l'utérus.

Dans les essais que nous avons faits sur le cadavre à l'hôpital de la Pitié, nous avons employé une sorte de lithotome boutonné, qui nous a semblé préférable à celui du frère *Côme*, parce que sa lame qui coupait dans sa concavité, exposait moins à blesser les parties voisines. Pour placer les ligatures, nous nous sommes servi comme étant plus commode et d'une application plus facile, de notre pince porte-ligature dont l'aiguille traversait les ligaments larges à leur tiers inférieur avant d'en commencer la section Enfin nous rendions les manœuvres plus simples et plus aisées, au moyen d'une petite incision périnéale qui agrandissait de beaucoup la vulve, et en introduisant une sonde d'homme dans la vessie, dans le but de protéger cet organe et diriger l'action de l'instrument tranchant.

L'hémorrhagie étant rendue impossible au moyen des ligatures, et les intestins pouvant être maintenus au-dessus du bas fond du bassin en faisant conserver à la malade la position horizontale, tout espèce

de tamponnement devient inutile et même nuisible, et il suffira de couvrir la vulve de compresses imbibées de décoctions émollientes et de veiller à ce que l'urine ne coule pas dans la cavité vaginale. Les malades seront dans un repos absolu, et les seuls moyens qui devront être mis en usage, consisteront dans des potions anti-spasmodiques, des cataplasmes et des fomentations, des lavements, des boissons adoucissantes, enfin des évacuations sanguines générales ou locales, proportionnées à la force du sujet et à la nature des accidents.

Nous ne décrirons pas les procédés de MM. *Tarral* et *Gendrin* parce qu'ils n'ont été employés que sur le cadavre, et nous ne dirons qu'un mot de celui de M. *Dubled* qui n'est qu'un perfectionnement de l'excision partielle du corps de l'utérus pratiquée en 1828 par M. *Bellini*.

Après avoir abaissé l'organe autant que possible, avec les pinces de *Muzeux*, l'opérateur sépare le vagin du col en avant et en arrière, avec un bistouri, puis comme le fait M. *Récamier*, il étreint d'une ligature le tiers inférieur des ligaments larges, qu'il coupe alors près de la matrice. Ce viscère ne tenant plus que par son fond adhérent au péritoine, il devient facile de l'abaisser davantage et d'exciser tout ce qui est malade en respectant les parties saines. Quoique la matrice n'ait pas été entièrement emportée, la malade opérée par M. *Dubled* le 20 juin 1830, n'a

survécu que vingt-deux heures. Enfin deux malades opérées par M. *Roux*, une par M. *Delpech* et une seconde par M. *Récamier*, ont également succombé quelques heures après l'opération.

Ce relevé statistique et funéraire de l'extirpation de la matrice, est plus que tous les raisonnements capable de détourner les praticiens d'une aussi redoutable opération ; on devra donc la rejeter de la pratique de la chirurgie, dont le but principal doit être de conserver, à moins que l'utérus, déjà en partie expulsé du bassin et en quelque sorte détaché du reste de l'organisme, n'ait perdu jusqu'à un certain point son droit de domicile dans la cavité pelvienne.

DE LA PHYSOMÉTRIE OU TYMPANITE UTÉRINE.

On donne le nom de *physométrie* du grec φυσα *gaz* et μητρα *matrice*, à une affection dans laquelle l'organe gestateur est distendu par de l'air ou des gaz, qui se sont développés ou qui se sont introduits accidentellement dans sa cavité.

La présence de fluides aériformes dans l'utérus est facile à expliquer ; dans quelques cas c'est l'air atmosphérique qui a pénétré dans le viscère par l'orifice du museau de tanche, qui a pu être entr'ouvert accidentellement par un pessaire, la masturbation, le coït, une conception dépravée, l'écoulement

des règles ou d'un flux morbide, une inertie et une faiblesse locales momentanées, une hémorrhagie passive, la parturition, etc. L'on conçoit que si dans cet état, un spasme, un caillot de sang, un amas de mucosités, une chute de matrice, une déviation de cet organe ou toute autre cause ferment l'orifice du col, le fluide se raréfie, distende les parois qui le contiennent et se fasse issue tôt ou tard à la suite d'un mouvement brusque et d'un effort de la femme, ou d'une pression sur la région hypogastrique.

Dans d'autres cas, des gaz se développent dans la matrice et sont le résultat d'une action chimique et de la décomposition soit de quelques caillots de sang, soit d'une portion du placenta à la suite de l'accouchement, ou du fœtus lui-même mort dans l'organe. Lorsque dans ces diverses circonstances, la torpeur et l'atonie de l'utérus l'empêchent de se contracter et d'expulser les fluides aériformes, qu'il contient; lorsque l'ouverture du museau de tanche est spasmodiquement resserrée ou se trouve obturée par une membrane, par une tumeur squirrheuse ou polypeuse, ou par une des causes que nous avons signalées plus haut, il en résulte des accidents, qui constituent également la physométrie, qu'on désigne encore sous les noms de *tympanite utérine*, *de pneumatose de la matrice*, de *grossesse venteuse*, *de môle venteuse*.

La nature et la composition des gaz développés dans l'utérus sont encore peu connues; si nous sup-

posons que le plus souvent cet organe est distendu par l'hydrogène sulfuré, nous en jugeons non par uneanalyse chimique, mais seulement par l'odeur que ces gaz répandent et surtout par la couleur communiquée par eux à la flamme d'une chandelle. Le chirurgien *Leduc* a été témoin d'un fait très remarquable sur ce sujet ; à peine eut-il entraîné avec un crochet le corps gangréné d'un fœtus, qu'il s'échappa avec impétuosité de la vulve un gaz d'odeur de soufre qui brûla en produisant une flamme de couleur violette. *Beaudelocque* rapporte également qu'une émission de gaz très fétide, eut lieu au moment où il introduisait la première branche du forceps pour terminer l'accouchement. M. *Deneux* dit qu'après avoir déplacé un caillot qui occupait l'orifice de l'utérus, un gaz infect fit explosion par la vulve; le même praticien rapporte aussi, qu'un semblable phénomène eut lieu après l'extraction d'une portion des membranes qui obturaient l'ouverture du museau de tanche. Un fait très remarquable d'anatomie pathologique, est celui arrivé à *Beaudelocque* ; comme ce célèbre accoucheur se disposait à faire l'autopsie d'une femme morte pendant le travail, une forte explosion de gaz eut lieu par la vulve et en même temps le fœtus fut poussé au dehors avec violence. *Torally* rapporte une observation également très curieuse, dans laquelle la matrice elle-même fut renversée et poussée au dehors, ce qui a dû être

l'effet d'un dégagement considérable de gaz dans les intestins.

Si la formation des gaz dans la cavité utérine est le plus souvent le résultat de la décomposition du fœtus, du placenta, et de divers amas de sang et autres liquides renfermés dans le viscère, on ne peut nier que dans quelques cas la présence des fluides aériformes ne soit le produit d'une exhalation morbide inappréciable. Cette espèce de physométrie essentielle, a été signalée et observée par plusieurs auteurs entr'autres par *Franck* (1) *Mauriceau* (2) et *Delamotte*. En 1830 la Revue médicale tome IV, page 484 a en publié un exemple d'après un recueil de médecine de Bologne (3). Une femme de quarante ans, qui n'avait jamais eu d'enfants, se croyait enceinte, parce que ses règles qui avaient toujours été régulières, s'étaient supprimées brusquement et que son ventre s'était accru au point que la matrice était parvenue au cinquième mois, au niveau de l'ombilic; l'orifice de cet organe était exactement fermé et il était possible de circonscrire parfaitement le corps du viscère avec les mains, au moyen d'une légère pression. Tel était l'état de cette femme lorsque toutes les espérances de grossesse s'évanouirent; un jour s'étant baissée, une grande quantité de flatuosités

(1) Epitom. de cur. morb. de retent., T. I.
(2) Traité des maladies des femmes grosses. T. I, page 74.
(3) Opusc. della societa med. chirur. de Bologna., vol. IV.

s'échappèrent tout à coup de l'utérus; le ventre s'affaissa, et revint en peu de jours à son état normal. Nous connaissons une dame de 28 ans que plusieurs médecins avaient déclaré être enceinte et qui a eu le même désappointement en faisant un mouvement pour monter sur son lit.

La distension de la matrice par des gaz, quoique étant une affection rare, a été également observée par plusieurs auteurs anciens, parmi lesquels nous pouvons citer, *Valescus de Taranta* (1), *Jean-Mathieu de Gradibus* (2), *Thadée, Dunus* (3), *Rambert-Dodoens* (4), *Ph. Hœchstetter* (5), *Maurice de la Corde* (6), *A. Paré* (7), *Ph. Salmulth* (8), *Reinier-Solenander* (9), *Astruc* (10), et quelques autres.

D'après les faits rapportés par tous les auteurs, la pneumatose utérine a été plus souvent observée chez les femmes qui avaient eu des enfants que chez celles qui étaient restées filles. On a remarqué que l'âge de quarante à cinquante ans est l'époque

(1) Philonium et chirurg. de med. lib. VI, cap. 15.

(2) Practica, seu comment. in nonum Rhasis. cap. de molâ.

(3) Mulierum morb. remed. miscell. cap. 8.

(4) Medicinalium observat. exempla rara. observ. 49.

(5) Rariorum observat. décade V, observ. 4.

(6) *Hyppocratis*, de mulier morb. interp. et explic. in lib. I. comm. 3.

(7) Œuvres. Livre XXIV. Chapitre XC.

(8) Observationum medic. centuriæ. cent. II. obs. 57.

(9) Conciliorum medicinalium sectiones quinque.

(10) Traité des maladies des femmes. Tome III. p. 377.

où elle se manifeste le plus fréquemment et que les personnes d'un tempérament nerveux y sont plus sujettes que les autres. *Sauvage* cite l'observation d'une femme hystérique qui voyait se renouveler sa physométrie, qui disparaissait peu de temps après l'écoulement menstruel.

Les auteurs ont distingué deux espèces de physométrie, la *sèche* et *l'humide*. Dans la première qui est en général passagère, l'organe gestateur ne contient que des gaz et ne dépasse guère le volume qu'il présente au troisième mois de la grossesse. La seconde ou physométrie *humide* est ainsi appelée parce que la cavité de l'utérus contient non seulement des gaz, mais encore une quantité plus ou moins grande de liquide qui peut être séreux, clair, trouble, bourbeux et fétide : cette espèce, qui a été observée par *A. Benedicti* (1), *Christophe de Vega* (2), *Laurent Joubert* (3), *Portal*, *Franck*, etc., et qui acquiert la dimension la plus considérable, puisqu'elle est très souvent confondue avec la grossesse, se distingue de la précédente par le poids, la masse et la fluctuation. *Franck* dit que les gaz occupent la partie supérieure de la tumeur et qu'en faisant prendre une autre position à la malade, la matrice change de forme en produisant un gargouillement.

Le même auteur ajoute qu'en embrassant la tumeur

(1) De curandis morbis lib, XXV. opera omnia 1539.
(2) De methodo medendi libri tres. sect. 10 cap. 32. 1576.
(3) Operum latin, cap 13 de urinis.

à deux mains, on perçoit la sensation d'une vessie pleine d'air, résonnant beaucoup plus en haut qu'en bas. On peut également rapprocher de la physométrie humide deux autres variétés qui ont éte observées par *Franck*. Il dit (loc. cit.) qu'un médecin de Lorraine a fait connaître le cas d'une vessie pleine d'air ou môle flatulente qui s'échappa brusquement de la matrice et tomba sur le sol en bondissant comme un ballon. Il parle aussi d'une dame hollandaise qui étant depuis long-temps sujette à des pertes fréquentes, rendit une masse charnue parsemée de vésicules dont les unes contenaient de la sérosité jaunâtre, et les autres un fluide gazeux.

Les symptômes de la physométrie, sont, un sentiment de gêne et de tension dans la région hypogastrique ; la femme se plaint d'une douleur qui partant de la matrice s'irradie vers les aines, les lombes, les cuisses, et s'étend même quelquefois jusqu'au diaphragme. Le plus ordinairement, les règles sont supprimées, cependant dans quelques cas elles continuent à couler. Le ventre qui augmente de volume offre une tumeur circonscrite, uniforme, tendue et qui à la percusion résonne comme un tambour ; l'utérus qui s'élève graduellement au-dessus du pubis, se dirige vers l'ombilic et peut même le dépasser, n'augmente pas de pesanteur quoique ayant souvent acquis un volume considérable. Cette évolution est quelquefois accompagnée de soif, d'ano-

rexie, de frissons, de fièvre légère qui augmente presque toujours le soir; l'excrétion des matières fécales et de l'urine est plus ou moins dérangée; la malade éprouve de la gêne dans la respiration, elle devient paresseuse, ne veut faire aucun mouvement, et il n'est pas rare que l'état de distension des parois utérines, détermine des phénomènes sympathiques vers les mamelles qui se gonflent et peuvent même sécréter une lymphe laiteuse.

Dans cet état, l'expulsion de quelques gaz par la vulve apporte du soulagement, et le plus souvent leur émission abondante qui s'effectue ordinairement avec bruit, dissipe tous les symptômes de l'affection. Ces sortes d'éructations utérines, peuvent s'effectuer à des époques très-variées; il est rare cependant que les gaz soit retenus dans la matrice au-delà de cinq ou six mois. C'est alors que les règles ne revenant pas, les femmes se croient enceintes d'autant plus qu'elles éprouvent des incommodités qui ont quelques rapports avec celles de l'état de gestation.

Ce n'est guère que pendant les trois ou quatre premiers mois que la physométrie peut être confondue avec la grossesse; en effet, après cette époque, le peu de changement qu'éprouve le col, l'absence du balottement, la légèreté de la tumeur, les différences journalières dans la forme et le développement du ventre, le résonnement et le son du tam-

bour produits par la percussion, les signes négatifs du stéthoscope, l'augmentation rapide de l'abdomen, l'absence des mouvements du fœtus, etc., ne doivent laisser aucun doute sur la nature de l'affection. L'erreur serait tout à fait impardonnable, si la femme se trouvait dans un âge et dans des conditions qui la rendîssent absolument impropre à concevoir.

Les maladies avec lesquelles la physométrie peut être confondue, doivent être divisées en trois classes. La première comprend les affections qui consistent dans l'augmentation du volume de l'utérus lui-même telles que la grossesse, l'hydropisie utérine, l'accumulation du sang et la distension de l'organe par des hydatides, des polypes, des môles, des concrétions calculeuses, lymphatiques, sanguines, l'hystérie, etc. Dans la seconde classe sont compris les changements morbides survenus dans les annexes de l'utérus tels que les squirrhes et l'hydropisie de l'ovaire, les grossesses ovariennes et tubaires; enfin dans la troisième classe, sont rangées diverses affections abdominales, telles que l'ascite, les tympanites intestinale et péritonéale, les collections purulentes, les tumeurs de l'épiploon, du mésentère, des parois de l'abdomen. Quoique le nombre de ces affections soit très considérable, on évitera toujours des méprises ridicules ou funestes, si l'on porte quelque attention au début et à la marche de la maladie, et si la femme

se prête au moindre examen. D'ailleurs le *pet vaginal* fournirait un caractère bien concluant, si son existence avait pu être constatée.

Il faut également se rappeler que la physométrie, peut non seulement coexister avec l'hydrométrie, mais même que ces deux affections peuvent se précéder et se succéder réciproquement, d'autant plus qu'elles paraissent provenir des mêmes causes qui agissent à des degrés différents. Dans l'hydrométrie le développement du ventre a lieu graduellement, tandis que dans la physométrie il est ordinairement subit. Dans cette dernière affection la tumeur qui est plus élastique revient plus vite sur elle-même et fait percevoir par la pression une sensation semblable à celle que fait éprouver une vessie pleine d'air que l'on comprime.

Le pronostic de la physométrie est en général peu grave; si cette affection qui est souvent très opiniâtre offre quelques dangers, c'est moins par elle-même qu'à cause des lésions et des altérations pathologiques qui lui donnent naissance, et dont elle n'est qu'un phénomène secondaire. Lorsqu'elle est essentielle, elle constitue plutôt une incommodité qu'une véritable maladie.

Le traitement de la physométrie consiste à remplir deux indications principales qui sont de donner issue aux fluides aériformes et à prévenir leur déve-

loppement ou leur introduction dans la matrice. Comme la pneumatose de cet organe peut dépendre d'une foule de causes très différentes que nous avons signalées, on doit d'abord tâcher de les reconnaître. Si la formation des gaz et l'obturation du museau de tanche, dépendaient d'un fœtus, d'un placenta, d'une portion de membrane ou d'un caillot fibrineux putréfiés et restés dans l'utérus, on devrait à l'exemple de M. *Deneux*, dégager l'obstacle avec le doigt et prescrire ensuite des injections émollientes et chlorurées. Si la physométrie était compliquée de polypes trop volumineux pour sortir sans secours, on pourrait à l'exemple de *Dupuytren* inciser le col de dehors en dedans, ou de dedans en dehors, mais nous pensons que pour n'avoir pas besoin de prolonger l'incision trop avant, ce qui peut être dangereux, on devra pour obtenir une dilatation suffisante sans avoir besoin d'aller aussi loin, faire trois ou quatre petites incisions sur le pourtour de l'orifice utérin. Si la tympanite essentielle ou produite par l'air extérieur introduit accidentellement dans la cavité de la matrice, dépendait d'un resserrement spasmodique du col ou de l'état d'inertie des fibres utérines, on prescrirait d'abord dans le premier cas les injections émollientes, les bains et les fumigations de même nature, les potions et les lavements opiacés, puis on pourrait au moyen du spéculum appliquer sur le museau de tanche, la pommade

de belladone ou bien introduire le doigt dans le vagin pour aller titiller l'orifice de l'utérus pendant qu'avec l'autre main placée sur l'hypogastre on presserait le corps du viscère de manière à ouvrir une issue aux gaz et à les expulser en même temps. Dans le second cas, c'est-à-dire quand la tympanite dépendra de l'inertie de l'utérus, on prescrira les boissons toniques, des frictions excitantes sur l'abdomen, puis quelques petites doses de seigle ergoté dans le but de déterminer des contractions de l'organe. Si la femme est faible, ce qui est le plus ordinaire, on doit tâcher de relever les forces générales et celles de la matrice par l'usage interne des préparations et des eaux minérales ferrugineuses, des décotions ou des pilules de quinquina, de gentiane et les autres substances toniques; les frictions excitantes, les fomentations vineuses, la flanelle chaude sur la région hypogastrique, sont également des moyens qu'il sera bon d'employer. On pourrait également produire la condensation du gaz contenu dans l'utérus et en même temps augmenter l'irritabilité de cet organe, en appliquant sur l'hypogastre une vessie pleine de glace pilée ou d'eau froide.

Les émissions sanguines locales ou générales peuvent être utiles, quand la malade est forte, jeune et plétorique. Si après avoir inutilement employé tous les autres moyens, on avait la certitude qu'il n'y a pas gros-

scsse et si surtout l'accumulation des gaz déterminait des accidents, on pourrait lcur frayer une issue en introduisant avec lenteur et précaution dans l'orifice utérin, une sonde de gomme élastique, à l'extrémité extérieure de laquelle, il serait bon d'adapter une vessie destinée à recevoir les fluides gazeux et liquides utérins dont on pourrait ensuite faire l'analyse chimique. Après leur évacuation, on devra tâcher de prévenir le retour dc la maladie, au moyen des bains, des lotions, des douches et des injections toniques, opiacées, émollientes, détersives et chlorurées, selon les indications ct les circonstances. Pour déterminer l'expulsion des gaz contenus dans l'utérus, on a également conscillé les purgatifs, le saut, la danse, et toutes les secousses violentes. Ces moyens doivent en général êtrc rejetés, de même que tous les remèdes carminatifs qui sont presque toujours plus nuisibles qu'utiles.

Nous terminerons en disant qu'il y a encore une autre espèce de pneumatose des organes sexuels de la femme, qui a été désignée par quelques auteurs, sous les noms *d'œdopsophie* (1), de *garrulitas vulvæ*, de *pet de la vulve*. L'œdopsophie qui est plutôt une incommodité qu'une véritable maladic, n'est autre chose que l'expulsion plus ou moins bruyante des gaz contenus dans le vagin. Ces fluides aériformes peu-

(1) αιδοια, les organes sexuels, et χοφεω, *crepitum edo.*

vent être introduits dans ce canal, soit par une fistule recto-vaginale, soit directement par la vulve, lorsque les grandes lèvres sont écartées; selon *Franck*, cette incommodité est plus fréquente qu'on ne pense; si les médecins ont rarement l'occasion de l'observer, c'est qu'une espèce de honte empêche les femmes de les avertir de leur infirmité qui se manifeste surtout durant l'acte génital et lorsque le tronc étant fléchi en avant, le bas-ventre se trouve subitement comprimé. Les femmes boiteuses semblent y être plus exposées que les autres, probablement à cause de l'écartement et du resserrement alternatifs de la vulve, pendant la marche.

DE L'HYDROMÉTRIE OU HYDROPISIE DE LA MATRICE.

L'hydrométrie est une affection très rare et par conséquent peu connue qui n'est autre chose qu'une accumulation d'un liquide séreux ou séro-muqueux dans la cavité de la matrice.

Les causes de cette affection sont, une constitution débile et affaiblie par des pertes utérines, une leucorrhée habituelle et abondante, des fausses couches, des accès fréquents d'hystérie, une chute ou un coup sur l'hypogastre, une métrite aiguë ou chronique, enfin toutes les causes capables d'entretenir vers l'utérus une débilité et un état prolongé d'irritation. Nous devons ajouter que quoique ces causes puissent donner lieu à une secrétion plus ou moins considérable

de liquide dans la cavité utérine, l'hydrométrie, ne peut s'opérer qu'autant que l'orifice du museau de tanche se trouve fermé, soit par l'adhérence ou la tuméfaction de ses lèvres, soit par des végétations fongueuses, un polype, ou par tout autre obstacle que nous avons signalés en parlant de la physométrie. Lors même que l'hydrométrie est une maladie très rare, elle le serait beaucoup plus encore, si l'on ne comprenait sous ce nom que la production et la rétention essentielle d'un liquide séreux dans la cavité de la matrice. Souvent au contraire cette affection qu'on n'a encore observée que sur des femmes qui n'étaient plus vierges, est symptomatique et se manifeste à la suite d'altérations diverses et de phlegmasies aiguës et chroniques de l'utérus. Dans ce cas, le liquide au lieu d'être limpide et inodore, est épais, fétide, sanguinolent, trouble et plus ou moins semblable à du marc de café et à de la lavure de chair. *Jean Schenck*, médecin de Nuremberg, dans son excellent recueil d'observations, (lib. IV, observation 220), publié en 1600, avait déjà signalé ce genre d'hydrométrie symptomatique, et la couleur brune bourbeuse et fétide du liquide contenu dans la matrice.

On a donc compris sous le nom d'hydrométrie, toute collection dans la cavité utérine, d'un liquide séreux, albumineux, séro-muqueux, ou purulent, dont la quantité, la couleur et la consistance sont aussi variables que les causes sous l'influence des-

quelles la sécrétion s'est formée. Tantôt la matrice contient à peine une livre ou deux de liquide, tantôt cet organe est distendu au point de faire croire à la grossesse, ou à l'hydropisie ascite. *Blankard* (1) rapporte l'observation d'une femme dont l'utérus contenait quatre-vingt-cinq livres de matières ichoreuses, et comme huileuses; *Vésale* (*opera omnia*) dit avoir fait l'autopsie d'une femme dont la matrice contenait soixante mesures d'eau, de trois livres chacune. *Théophile Bonnet* (2), cite plusieurs exemples non moins curieux, enfin *Jean Schench* (3) mort en 1588, assure avoir trouvé une matrice assez ample pour pouvoir contenir un enfant de dix ans.

Symptômes. Le volume du ventre augmente plus ou moins rapidement, et la tuméfaction qui a commencé à se manifester au centre de l'hypogastre, s'étend progressivement de bas en haut. Pendant les premiers mois la femme se croit enceinte; les mamelles diminuent ou se gonflent, sa face qui est pâle et bouffie, porte l'empreinte de la langueur; elle éprouve un sentiment de pesanteur dans le bassin, des douleurs dans les lombes, des tiraillements dans les aines, et quelquefois un léger mouvement de fièvre.

(1) Anat. etc.; sive cad. morbis de nat. anatom. inspectio. 1688.

(2) Sepulcretum, seu anat. prat. lib. III. Sect. XXI. observ. 55. 1679.

(3) Observ. méd. rarum. nov. admir. et monstr. volumen. lib. IV. obs. 6.

En palpant l'abdomen on sent une tumeur arrondie et rénitente qui sortant du bassin s'étend plus ou moins haut. Cette tumeur éprouve peu de déplacement dans les diverses positions que l'on fait prendre à la malade, on y perçoit une fluctuation profonde, obscure, circonscrite; enfin le signe le moins équivoque est fourni par le toucher; en effet en introduisant un doigt dans le vagin jusque sur le col de la matrice et en percutant ensuite la tumeur hypogastrique avec la main restée libre, on sent assez manifestement le choc d'un liquide et une fluctuation bien distincte. Ce signe n'existe, ni dans l'ascite, ni dans l'hydropisie des ovaires[1], ni dans celle des trompes, puisque dans ces trois affections, non-seulement la cavité de l'utérus n'est pas distendue par un liquide, mais même cet organe est au contraire refoulé dans le bassin sans augmentation de volume.

Le *Diagnostic* de l'hydrométrie, peut offrir quelquefois d'autant plus d'obscurité qu'on a rarement l'occasion de l'observer; s'il est très facile de la confondre avec la grossesse, surtout dans les premiers mois, il est de la plus grande importance de ne pas prendre l'état de gestation pour une hydrométrie. On évitera ces erreurs qui peuvent avoir les plus fâcheux résultats, en se rappelant que dans l'hydropisie utérine, il y a absence de ballotement, ce que l'on constate par le toucher vaginal, et que la palpation abdominale et l'auscultation au moyen du stéthoscope ne

font reconnaître ni les mouvements du fœtus ni les battements de son cœur. Enfin la non-resonnanee de la tumeur et l'existence de la fluctuation, ne permettront pas de prendre une hydrométric, pour une pneumatose de l'utérus. Il importe égalcment de ne pas confondre l'affection qui nous oecupe avec une collection sanguine retenue dans l'organe gestateur. Les symptômes que nous avons donnés de cette dernière lésion, page 154, ne permettent pas de conserver long-temps de l'incertitude à eet égard.

Le *pronostic* de l'hydrométrie varie selon la cause qui lui a donné naissance; en général, il est toujours moins fâeheux, lorsque une portion du liquide aecumulé peut de temps en temps s'éehapper ainsi qu'on en a vu des exemples; *Jean-Fernel*, premier médecin de Henri II, cite un cas d'hydropisie utérine qui se dissipait tous les mois et se renouvelait après chaque évacuation menstruelle (1). En général la maladie est peu dangereuse par elle-même, et si quelquefois elle devient inquiétante, c'est en raison des circonstances qui la déterminent et de la fréquence de ses récidives. Dans quelques-cas elle cesse vers le

(1) *Marcellus Donatus* (Medic. histor. mirabil. lib. IV, cap. 25) et *D. Monro* (essai sur l'hydropisie, p. 164) disent avoir vu la menstruation s'effectuer régulièrement chez des femmes affectées d'une hydrométrie; ce phénomène dont *Donatus* donne lui-même une explication, ne peut être que le résultat d'une exhalation sanguine du vagin et du museau de tanche, comme cela a lieu dans certains cas de grossesse.

terme de la gestation, ou bien l'évacuation a lieu vers le troisième et le quatrième mois, et souvent dans ces cas ainsi que *Mauriceau* et M. *Nauche* l'ont observé, la maladie peut ne plus se reproduire.

Lorsque le liquide qui distend l'utérus est limpide et inodore on trouve à l'autopsie que la membrane interne de cet organe est à peu près dans son état naturel. Dans le cas où la collection est épaisse, purulente, ichoreuse et fétide, la muqueuse utérine présente des traces de phlegmasie chronique et des ulcérations de différente nature.

On observe plus fréquemment l'hydrométrie pendant la grossesse que hors cet état physiologique. Dans ce cas, les symptômes de l'hydropisie utérine se confondent avec ceux de la gestation. Le ventre présente alors un développement plus considérable que dans la grossesse simple; la dyspnée est également plus grande et plus pénible; les membres abdominaux sont œdémateux et l'infiltration s'étend souvent sur tout le corps. Les mouvements de l'enfant sont ordinairement très peu perceptibles; le col est plus élevé en raison de son plus grand développement; et le fœtus, suivant l'impulsion des mouvements de la femme se trouve balloté en tous sens au milieu du liquide.

Comme on a eu rarement l'occasion de faire des autopsies de femmes mortes enceintes et en même temps affectées d'hydrométrie, les auteurs sont loin

d'être d'accord sur le siége du liquide morbide pendant la grossesse. *Mauriceau*, *Puzos*, MM. *Itard* et *Nauche*, et quelques autres, l'ont placé entre le chorion et la paroi interne de la matrice ; avec quelques uns M. *Nœgèle*, croit que la collection se fait entre les lames de la caduque; enfin ceux-là pensent comme M. *Dugès* que le fluide qui produit l'hydrométrie pendant la gestation se trouve contenu dans la poche ou cavité allantoïde qui est située entre le chorion et l'amnios. Comme toutes ces opinions ne sont appuyées que sur des théories et des explications plus ou moins ingénieuses, mais toutes contestables, nous regardons cette question comme devant rester encore long-temps indécise.

Le *traitement* de l'hydrométrie consiste à combattre d'abord la maladie organique de l'utérus, dont elle peut n'être qu'un phénomène secondaire. Lorsque l'affection est essentielle, quand la matrice semble saine et qu'on a la certitude qu'il n'y a pas de grossesse, on peut pour déterminer une secousse recourir d'après le conseil de *Monro*, *d'Astruc* et de la plupart des auteurs, soit à l'emploi des purgatifs drastiques, des vomitifs, des sternutatoires, soit à celui des lavements irritants, des injections de même nature administrés dans le but d'exciter quelques contractions utérines. Nous devons ajouter cependant qu'avant d'employer les moyens que nous venons d'indiquer il sera bon de ramollir autant que possible le col de

la matrice, par l'usage des bains, des injections et des fumigations émollientes et narcotiques. Quelques doses fractionnées de seigle ergoté, employé conjointement avec de la pommade de belladone portée sur le museau de tanche, pourraient être prescrites probablement avec avantage, si le col était ramolli et si l'obstacle qui s'oppose à la sortie des eaux, n'était pas une tumeur squirrheuse ou polypeuse et dépendait seulement de l'inertie ou du resserrement spasmodique des parois de l'orifice utérin.

Dans quelques cas un doigt, un stylet mousse ou encore mieux une sonde droite d'argent ou de gomme élastique portés dans le vagin et insinués dans le museau de tanche, ont suffi pour désobstruer cet orifice et procurer l'écoulement du liquide : si l'obstacle était un polype qui n'aurait pu être soulevé par le doigt, on tâcherait de pénétrer dans la cavité utérine avec une sonde plate, en longeant la tumeur dont on tenterait ensuite l'ablation qui pourrait amener une guérison radicale.

Si, comme il arrive quelquefois, ces moyens étaient insuffisants, on aurait recours à l'emploi du trois-quarts, pour pratiquer la ponction de la matrice. *François Wirer* (1) fit avec succès cette opération en enfonçant l'instrument à un pouce et demi au-dessus du pubis et à autant de distance de la ligne

(1) Loder's journal. th. IV. st. 2. p. 300. et annal. litt. med. etc. t. II p. 290.

blanche. Cinquante trois livres d'un liquide épais, noirâtre et sanguinolent, s'écoulèrent par la canule; une compression méthodique fut ensuite exercée au moyen de la ceinture de *Monro* et de plusieurs serviettes; la malade, âgée de cinquante ans, fut guérie complètement; car dix mois après l'opération il n'était pas survenu de récidive. La ponction sus-pubienne a également été faite avec avantage par *Noel Desmarais*, dans un cas d'hydrométrie coexistant avec l'état de grossesse; dans ce cas, comme dans l'hydropisie simple de la matrice, nous pensons qu'il serait préférable d'employer la ponction à travers l'orifice du museau de tanche, comme le conseillent *Huermann* (1), *Zanc* (2), et plusieurs autres auteurs. Cependant, comme il n'est pas impossible de confondre l'hydrométrie avec la vraie grossesse, et que d'ailleurs cette opération peut être suivie d'accidents mortels ainsi que M. le professeur *Cruveilhier* (3), en rapporte un exemple, on ne saurait mettre trop de réserve dans l'usage de ce moyen qui ne devra jamais être employé que comme une ressource extrême (4); nous terminerons en disant que de quel-

(1) Abhandl. von den vornchmsten chir. op. Th. I. hap. 5. § 186. p. 410.

(2) Darstell. blut. heilk. operat. Th. III. abh. 1. p. 289.

(3) Anatomie pathologique, tom. I. p. 281.

(4) Pour éviter la ponction, *Sanctorius* a proposé une sorte de petit spéculum brisé, destiné à ouvrir le museau de tanche, à évacuer l'eau et à faire les injections médicamenteuses. (*Comment. in prim. fen. canon Avicene, p.* 608.)

que manière que l'évacuation du liquide ait été obtenue, on devra tâcher de prévenir la récidive en prescrivant des injections légèrement détersives, en maintenant pendant quelque temps le col ouvert au moyen d'une petite sonde de gomme élastique, enfin en combattant les affections générales ou locales qu'on supposerait avoir pu déterminer la sécrétion morbide.

DES HYDATIDES DE LA MATRICE.

Si l'existence des hydatides abdominales a été connue dès la plus haute antiquité, puisque *Arétée* en fait mention dans ses œuvres (1), *Aetius* (2) est le premier auteur ancien qui ait parlé de celles qui se développent dans la matrice. Ces sortes de productions morbides rangées parmi les acéphalocystes, forment une classe particulière de vers vésiculaires, qui quoique bien décrite par *Laennec*, en 1805, n'est pas encore admise par les helminthologues allemands et italiens.

On a admis deux espèces d'acéphalocystes hydatiques: 1°, les acéphalocystes en grappes ou hydatides pédiculées ; 2° les acéphalocystes libres qui présentent deux variétés : les hydatides avec un onglet, et les hydatides sessiles qui sont dépourvues d'onglet et de pédicule.

(1) *Aretœi*, de causis et signis diuturn. morb. lib. IV. cap. I.
(2) Med. contractæ, tetrab. IV. Serm. IV. cap. 79.

Les hydatides avec pédicude ou acéphalocystes en grappe, qui ne se trouvent que dans la matrice, et qu'on regarde actuellement, comme étant une transformation du produit de la conception ou comme des kystes dans un état particulier, se développent non seulement dans certaines grossesses avortées, mais même quelquefois dans les vraies grossesses.

Les vésicules hydatiques pédiculées sont d'une couleur blanche, ou ambrée, et présentent un kyste membraneux rempli par un liquide transparent, limpide, quelquefois rougeâtre et comme gélatineux. Elles sont flottantes dans un fluide séreux et adhèrent entr'elles par un pédicule très délié qui s'attache à un pédicule commun plus considérable à la manière d'une grappe de raisin. Elles contractent des adhérences soit avec le sac membraneux qui les enveloppe, soit avec les parois de l'utérus, le cordon ombilical, le placenta ou une môle charnue avec laquelle elles se rencontrent quelquefois.

Les hydatides avec un onglet ont une forme lenticulaire ; elles sont libres, et moins volumineuses que les précédentes ; elles se développent dans le vagin et dans les rugosités que presente l'orifice utérin ; mais on les y trouve toujours en petit nombre ; ordinairement elles sont enveloppées par une membrane extrêmement mince et elles adhèrent par leur onglet au point sur lequel elles ont pris naissance.

Les acéphalocystes hydatiques non pédiculées et sans onglet ont été plus particulièrement observées dans les ovaires et les trompes affectés d'hydropisie ; leur forme, qui est variable, présente ordinairement celle d'une petite poche ovoïde de couleur blanchâtre et nacrée, de consistance molle et ondulante. Elles sont toujours libres, quelquefois seules et isolées, mais le plus souvent elles sont nombreuses et contenues dans un kyste commun et plein d'un liquide dans lequel elles nagent sans contracter d'adhérence entr'elles. Le kyste qui leur sert d'enveloppe, et qui est susceptible de devenir très épais s'il est le siége d'une phlegmasie chronique, fait entendre lorsqu'on le comprime, une sorte de crépitation qui peut être comparée à celle d'une boule de neige que l'on serre dans les mains.

La pesanteur spécifique des hydatides libres est à peine supérieure à celle de l'eau ; leurs parois sont minces, et sans vaisseaux apparents ; le plus souvent elles sont diaphanes, mais dans quelques cas elles offrent une teinte grise, opaline ou ambrée ; leur tissu est homogène et sans fibres ; quoique assez extensible, il a l'apparence du blanc d'œuf à demi concret et se divise en plusieurs couches, surtout dans les grosses hydatides.

Si nous admettons la vitalité des acéphalocystes libres qui se développent dans l'utérus indépendamment de la conception, nous pensons au contraire

que les vésicules hydatiques qui sont le résultat d'une transformation morbide du placenta, ne jouissent pas, eomme les premières d'une vie individuelle indépendante, mais, que semblables aux kystes séreux, elles nereçoivent leur vie que par le pédicule qui les soutient. Ce qui milite en faveur de cette opinion c'est que, lors même qu'on les laisse dans les eonditions extérieures où elles se sont développées, elles se flétrissent et deviennent corps mort, comme les autres kystes, séreux, aussitôt qu'on a détruit le pédicule qui les unit aux parties environnantes. Au lieu de se mouvoir dans l'eau et sur la main comme *Percy* (1) dit l'avoir observé, les vésieules placentaires, ne font que présenter l'espèce d'ondulation et de tremblement que détermine ordinairement un liquide contenu dans une poche extrêmement mince et élastique.

Le fluide qui se trouve dans les vésicules placentaires en grappe, est d'une limpidité parfaite ; sa densité est moindre que celle de l'eau distillée : il verdit le sirop de violette, ne se coagule ni par le feu ni par l'alcool, ee qui prouve qu'il n'est pas albumineux et et qu'il se rapproche par ses earactères, du liquide des véritables acéphalocystes libres.

Les causes des hydatides de l'utérus et des autres organes génitaux de la femme, sont très peu

(1) Journ. de Méd. par *Corvisart*, *Leroux* et *Boyer*. Sept. 1811.

connues ; on regarde cependant comme contribuant beaucoup à leur développement, un tempérament lymphatique, une leucorrhée habituelle, la supression des menstrues, et tout ce qui peut produire ou entretenir une irritation des organes sexuels.

Les symptômes et le diagnostic des hydatides sont fort obscurs. Dans son début la maladie est presque toujours confondue avec la grossesse, ou avec l'hydrométrie dont elle offre à peu près tous les principaux signes extérieurs, si ce n'est que la distension du ventre n'est jamais aussi rapide et aussi considérable. La présence des hydatides dans la matrice détermine primitivement des accidents peu fâcheux, mais à mesure que ces vésicules sont et plus nombreuses et plus volumineuses, les parois de la région suspubienne deviennent flatuleuses, molles, et gonflées. En pratiquant le toucher, on constate que l'organe gestateur est beaucoup plus développé qu'à l'état normal, mais que son orifice reste entr'ouvert et change à peine de forme et de place. La palpation hypogastrique fait sentir une tumeur globuleuse, compressible, indolente et présentant une fluctuation sourde en la comprimant de haut en bas. Le plus ordinairement la femme éprouve presque tous les symptômes de la grossesse ; l'écoulement menstruel s'arrête ou se trouve remplacé par quelques pertes sanguines plus ou moins considérables et ayant lieu à des époques irrégulières ;

quelquefois les seins se gonflent; il survient de la pesanteur dans le bassin, des douleurs très vives dans la matrice, et dans les régions inguinale, hypogastrique et lombaire. A une époque plus ou moins avancée, la malade, en proie à des souffrances, à des pertes abondantes et à des douleurs aussi vives que celles qui accompagnent un véritable accouchement, rend une masse plus ou moins considérable de vésicules hydatiques qui s'échappent tout d'un coup ou en plusieurs fois avec ou sans traces de fœtus. Le produit de cette sorte de parturition constitue ce qu'on appelle, une môle hydatique ou une hydropisie de même nature ou vésiculeuse, *hydrometra hydatica*, *vel vesicularis*.

L'espèce de grossesse qui résulte de la présence des hydatides pédiculées dans l'utérus, ne se prolonge pas ordinairement au-delà du sixième ou du septième mois; cependant on a vu l'expulsion des vésicules hydatiques n'avoir lieu qu'après le quatorzième. Pour faciliter leur sortie, on est souvent obligé de faire des injections d'eau salée et vinaigrée et quelquefois d'introduire la main dans la cavité utérine pour dilacérer la poche. Après cette sorte d'accouchement, les malades éprouvent ordinairement tous les phénomènes consécutifs d'une parturition ordinaire, tels que l'écoulement des lochies, la fièvre de lait, le gonflement des mamelles, la métro-péritonite, etc.

Lorsque l'évacuation des grappes hydatiques se fait attendre trop long-temps, les femmes, qui maigrissent alors rapidement, sont sujettes à des syncopes et à des hémorrhagies utérines fréquentes, et quelquefois il vient se joindre à ces divers accidents l'œdème des membres abdominaux, la bouffissure de la face, la fièvre hectique, le marasme et la mort.

Si les hydatides placentaires en grappe accompagnées ou non d'un fœtus ne se développent jamais que dans les conditions de la maternité, la formation des véritables acéphalocystes dans l'utérus, peut se concilier avec la virginité, et les hydatides proprement dites peuvent prendre naissance dans cet organe, comme dans toute autre partie du corps. Le célèbre *Percy* a rapporté une observation qui lève tous les doutes à cet égard et dans laquelle on voit qu'il parvint, par des preuves irrécusables, à sauver l'honneur d'une chanoinesse de 26 ans injustement soupçonnée.

Nous ajouterons que l'expulsion des acéphalocystes est le seul signe pathognomonique de leur présence dans la cavité utérine. Lorsque la matrice est revenue sur elle-même, la malade doit être traitée comme dans un accouchement normal; enfin quand tous les symptômes d'irritation ont disparu, on prescrit les amers, les toniques, les préparations martiales à l'intérieur, conjointement avec les fric-

tions sur la peau et les fumigations aromatiques dirigées vers les organes génitaux, dans le but de rétablir la constitution et de prévenir un nouveau développement d'hydatides.

Celles qui sont sans pédicule ni onglet et qu'on n'observe que dans certains cas d'hydropisie utérine ou ovarique, n'exigent d'autre traitement que celui de ces affections. Elles ont également les mêmes signes; car on ne s'aperçoit de leur présence que parce qu'elles s'échappent avec le liquide et en empêchent le libre écoulement, lorsqu'on s'est décidé à pratiquer la ponction. Les hydatides à onglet qui sont les plus rares, et qui se manifestent dans le vagin ou sur le col utérin, occasionnent peu d'accidents. Quand on les découvre au moyen du spéculum, il suffit de les détacher et de prévenir leur retour par des soins de propreté et surtout par des injections vaginales faites avec des eaux sulfureuses ou avec une décoction légère d'écorce de chêne ou de racine de grenadier.

Comme le mode de développement et la reproduction des hydatides est encore tout-à-fait inconnue, nous croyons pouvoir nous dispenser de rappeler ici les opinions émises à ce sujet par *Ruisch*, *Albinus*, *Morgagni*, *Boërhaave*, *Vallisnieri*, *Morand*, *Pallas*, *Reuss*, *Baer*, *Percy*, *Bremser*, *Désormeaux*, *Bichat*, *Laennec*, *Sœmmering*, MM. *Hipp. Cloquet*, *Breschet*, *Cruveilhier*, *Andral*, *Velpeau*,

Raspail, et plusieurs autres auteurs qu'il est inutile de citer.

DES CONCRÉTIONS CALCULEUSES DE LA MATRICE ET DES AUTRES ORGANES GÉNITAUX,

D'après un grand nombre d'observations il n'y a aucun doute qu'il peut se former des concrétions calculeuses dans la cavité de l'utérus. *Hippocrate* (1), parle d'une servante de *Dyseris* de Larisse qui à l'âge de soixante ans fut saisie de douleurs aussi vives que celles de l'accouchement et rendit une pierre de la grosseur d'un *peson*. *Aetius* (2) fait également mention des calculs utérins, et conseille d'en faire l'extraction en incisant les lèvres du col avec un scalpel.

La plupart des observations authentiques publiées par les auteurs des siècles derniers, ont été réunies par *Louis* dans un mémoire inséré parmi ceux de l'Académie de chirurgie. On y voit qu'une fille de soixante ans porta dans l'utérus sans être trop incommodée, une pierre ayant le volume d'un œuf de poule, et offrant neuf gros et demi de pesanteur. Une autre femme était affectée d'un calcul qui ne pesait que quatre onces, et qui aurait dû peser une livre selon *Louis*, si la matrice eût été moins

(1) De morb. popul. lib. V. sect. 12.
(2) Tetrabl. IV. serm. 4 cap. 98.

poreuse. Les symptômes qu'avaient éprouvés ces femmes, étaient de la gêne en marchant, des démangeaisons à la vulve et à la face interne des cuisses. Si dans quelques cas les accidents furent encore moins sensibles, parce que les calculs étaient peu volumineux, dans d'autres, les malades périrent d'épuisement produit par une suppuration abondante, des ulcérations et une dégénérescence locale qui étaient le résultat de la présence des concrétions calculeuses dans l'utérus. Dans ces circonstances malheureuses on trouva non seulement la cavité de l'organe occupée par des pierres volumineuses, mais encore le corps du viscère converti en une matière ayant l'apparence du suif desséché. Le même auteur dit que chez une des femmes, les parois utérines étaient ossifiées et comme moulées autour d'un calcul isolé ; il ajoute aussi en citant plusieurs exemples, que dans des cas plus heureux, la nature fit seule les frais de l'expulsion des concrétions lithiques, et qu'elles s'échappèrent d'elles-mêmes de la matrice.

Les observations recueillies par *Louis*, et celles publiées par *Morgagni*, *Régnier de Graff*, *Swammerdam*, *Walter*, *Van Swieten*, *Morand*, *etc.*, ne laissent aucun doute sur l'existence des concrétions calculeuses de la matrice. Un cas des plus curieux est celui de *Bartholin* qui fait mention d'un calcul noirâtre, inégal et pesant quatre livres, qui était renfermé dans la cavité utérine. *Bromfied* parle aussi de

concrétions formées dans le même organe et ayant le volume de la tête d'un enfant. Enfin, une autre observation tout aussi remarquable est celle rapportée par *Ruisch* (loco citato) qui dit avoir enlevé d'une matrice quarante-deux calculs de différentes grosseurs. Si nous ne craignions pas de dépasser les bornes dans lesquelles nous devons nous restreindre, nous pourrions encore rapporter un grand nombre d'exemples curieux qui ont été cités par *Marcellus Donatus* (1), *Jean Schenck* (2), *Théophile Bonnet* (3), *Etienne Blancard* (4), *Michel Morus* (5), *Joseph Lieutaud* (6), *Foubert* (7), *M. Nauche* (8), et quelques praticiens modernes.

Les causes sous l'influence desquelles se forment les calculs utérins sont encore peu connues. Le célèbre *Louis*, dont la plupart des pathologistes modernes partagent l'opinion à cet égard, pensait que les concrétions de la matrice étaient le résultat de l'aggrégation des parties les plus solidifiables des sécré-

(1) De historia medic. mirabili. lib. IV. cap. 30. 1586.

(2) Observat. med. rar. nov. admir. monstr. lib. IV. 1600.

(3). Sepulchretum seu anatomia pratica. lib. III. sec. 24. obs. 18. 1679.

(4) Anat. pract. ration. sive varior. cadav. morb. etc. obs. 74. 1688.

(5) Acta erudit. Leipsic; august. anno 1712.

(6) Histor. anat. med. sistens numer. cadaver. human. t. I. p. 340. 1767.

(7) Mém. de l'acad. de chirurgie t. II. p. 140.

(8) Maladies des femmes. t. I. p. 214.

tions morbides de cet organe, et qu'elles y prenaient naissance de la même manière que les calculs urinaires et biliaires se produisaient dans la vessie ou la vésicule du fiel.

Dans ses mélanges de ehirurgie, M. le professeur *Roux* dit avee plus de vraisemblanee que les caleuls de la matriee étaient le plus souvent le produit de l'ossification des tumeurs fibreuses développées dans ce viscère ou même dans l'épaisseur de ses parois; *Pequet* (1) rapporte deux observations qui sont en faveur de cette opinion et après lesquelles il ajoute: « *Adeo ut pro scirrhis lapidescentibus haberi debeant prædicta corpora.* » Selon M. *Roux*, les tumeurs fibreuses en s'altérant, s'ossifient graduellement ou du moins se reeouvrent d'une eouehe plus ou moins épaisse du résidu salin fourni par le mucus qui les baigne. Ce qui milite en faveur de l'opinion de l'habile chirurgien de l'Hôtel-Dieu, c'est que l'analyse ehimique d'un de ces ealeuls, a montré qu'il était eomposé d'une quantité considérable de substance animale combinée avec des sels de potasse, de soude et de chaux (2). Un autre ealeul du même genre a présenté à M. *Amussat*, du phosphate de chaux et de la gélatine.

Les calculs utérins non adhérens peuvent égale-

(1) Experiment. nov. anat. 1651, M. *Nauche* en rapporte également un exemple observé à la Salpêtrière en 1799.

(2) Revue médicale. tom. II. page 301. année 1824.

ment tirer leur origine de quelques petites concrétions ou des fragments d'un fœtus, descendus par les trompes à la suite d'une grossesse extra-utérine. Ils peuvent aussi être le résultat de l'ossification ou de l'incrustation, d'une môle durcie, des hydatides, d'un embryon ou d'un fœtus qui ont péri dans les premiers temps de leur formation; enfin, des corps étrangers venus du dehors, ont dans quelques cas été les noyaux des calculs utérins. *Brugnatelli*, qui a fait connaître l'analyse chimique de plusieurs de ces calculs, dit que l'un d'eux, pesant environ deux onces, et dégageant une odeur particulière, présentait une masse informe à surface inégale et blanchâtre. Comme il était insoluble dans l'eau, on le brisa d'un coup de marteau, et l'on ne fut pas peu surpris de trouver dans son centre un morceau du tibia d'un jeune poulet; probablement que l'os entier y avait été introduit dans un accès d'érotomanie et avait servi d'instrument à de honteuses et dégoûtantes manœuvres (1).

(1) Nous lisons dans le nº 3 (6 janvier 1838) de la *Lancette française*, une observation très curieuse, que nous rapportons telle qu'elle est consignée dans cet excellent journal d'après une feuille médicale anglaise.

Une femme de Newcloses, habituellement sujette à des rétentions urinaires, est attaquée, le 10 juin, d'impossibilité complète d'évacuer les urines. On appelle un médecin, qui la soulage en la sondant. L'impuissance persiste cependant, et pendant deux mois la malade ne peut vider la vessie qu'à

Les symptômes qui annoncent la présence des calculs dans la matrice sont quelquefois nuls ou du moins très-obscurs; cependant, le plus ordinairement, les malades éprouvent des douleurs sourdes ou pongitives dans l'hypogastre, un sentiment de pesanteur dans les reins, les aines et les cuisses; il se joint à ces signes une démangeaison insupportable à la vulve

l'aide du cathétérisme qu'un chirurgien lui pratique régulièrement deux fois par jour.

Au bout de ce temps, ne pouvant plus subvenir aux frais d'un chirurgien, la femme se sonde elle-même à l'aide d'un tuyau de pipe. Les choses se passent bien pendant quelque temps, mais ensuite le tuyau se brise par malheur dans le canal de l'urètre ; la malade fait des efforts pour en extraire le fragment restant, mais elle le fait au contraire, tomber dans la vessie.

Cet accident est arrivé le 15 septembre. La femme se pourvoit alors d'une algalie métallique, et continue son cathétérisme; elle oublie pour ainsi dire le corps étranger intrà-vésical jusqu'au 27 avril. Alors elle commence à se plaindre de douleurs comme pour accoucher. M. Haigh Martin est appelé; il examine les parties, et trouve le tuyau dans la cavité de l'utérus; l'un des bouts sortait à travers le museau de tanche, et était fortement serré par ce viscère, au point que, pour l'en extraire, il a fallu employer des pinces et une force assez considérable. Cette extraction a offert beaucoup de difficulté, car le tuyau s'est brisé plusieurs fois sous l'action de la pince.

Trois ans plus tard, cette femme étant morte phthisique, ses organes génitaux-urinaires ont été disséqués, ils ont présenté les conditions suivantes.

Vessie plus épaisse que dans l'état naturel, ne contenant aucun corps étranger. Au côté gauche, non loin de l'uretère, cet organe présente une plaque (*a patch*) de la largeur d'un *sixpence*, beaucoup plus molle que le reste de la muqueuse

et un écoulement muqueux, purulent ou sanguinolent par le vagin. Les douleurs augmentent ou se reproduisent par intervalles et deviennent quelquefois si aiguës qu'elles déterminent l'expulsion spontanée de concrétions calculeuses. La présence de ces corps étrangers gêne dans quelques cas l'excrétion de l'urine et des matières fécales; lorsqu'ils sont situés près

vésicale, et se déchirant au moindre attouchement du doigt.

« J'ai conclu, dit l'auteur, que c'est par cet endroit que le corps étranger avait passé de la vessie dans le vagin, et de là dans l'utérus en franchissant le museau de tanche. Il me semble effectivement impossible que ce passage ait eu lieu directement de la vessie dans le corps de la matrice, car aucune cicatrice ni ouverture de communication n'a été rencontrée entre ces deux organes. »

Le fragment extrait de la pipe offre trois pouces de longueur, et est fort encroûté de matière calcaire. »

(*East London Lying-in institution*).

Ce fait est fort curieux, surtout par la rareté des circonstances qui l'accompagnent. On connaît, il est vrai, des cas de corps inorganiques trouvés dans la cavité utérine, comme des calculs, par exemple, qui ont donné lieu à des symptômes étranges (Sabatier, Mém. de l'acad. de chir.); on connaît aussi des cas de pierres vésicales tombées spontanément dans le vagin; mais aucune de ces observations ne peut être comparée à celle qui précède.

Nous ne pouvons nous empêcher de dire cependant qu'il est douteux que le passage du tuyau dans l'utérus ait eu lieu d'après l'itinéraire supposé par le chirurgien anglais. On serait plutôt tenté de croire que, trompée dans l'exécution du cathétérisme, la femme a introduit l'instrument dans l'utérus au lieu de l'introduire dans la vessie; le point ramolli de la vessie était peut-être la cause des rétentions urinaires auxquelles la femme était préalablement sujette. »

du col, principalement lorsque le museau de tanche se trouve entr'ouvert, on peut en constater l'existence par le toucher, soit immédiatement avec le doigt, soit avec une sonde ou un stylet mousse.

Les signes que nous venons d'indiquer sont loin d'être constants, car souvent les calculs utérins n'occasionnent aucun accident et ne sont reconnus qu'après la mort. Quoique en général on ne les trouve que chez les femmes d'un âge avancé, cependant leur existence a été également constatée chez des jeunes femmes, chez des filles de vingt-neuf ans, de dix-sept, de quinze et même chez une petite fille de cinq ans qui avait succombé à une rétention d'urine. A l'autopsie, on reconnut que la vessie était saine mais que la matrice contenait un calcul de couleur blanche et du volume d'un gros œuf de pigeon (1) *Ramazini* dit également avoir vu une pierre spongieuse extraite de l'utérus d'une petite fille.

Le traitement des calculs utérins, varie selon les circonstances, leur forme, leur grosseur et la position qu'ils occupent dans l'organe gestateur. Lorsque leur présence n'altère pas la santé générale et quand leur existence n'a été constatée que par la sortie de quelque fragment pierreux, on doit se borner à en favoriser l'expulsion complète, au moyen des bains et des injections émollientes et narcotiques. Si les accidents

(1) Éphémérides des cur. de la nat. décade 1re. année 4 et 5. obs. 65.

étaient graves et si le col de la matrice était large et facilement dilatable, on tâcherait de faire l'extraction immédiate des calculs avec des tenettes étroites et alongées; on pourrait également se servir avec avantage de la pince dite de *Hunter* et encore mieux de la pince à trois branches employée pour la lithotritie. Si l'orifice du col ne permettait pas de faire pénétrer les instruments, il faudrait d'abord l'agrandir par un ou plusieurs débridements, ainsi que le pratiquait *Aetius*, il y a plus de 1300 ans, et achever ensuite l'opération qui alors serait devenue très facile. Dans le cas où le calcul serait adhérent, on devrait tâcher de le détacher en l'ébranlant avec précaution ; enfin, s'il était comme moulé sur les parois de l'utérus, et si surtout il était recouvert d'aspérités, tous les efforts d'extraction seraient non seulement inutiles mais même produiraient des déchirements meurtriers. Dans ce cas, que tous les praticiens regardent comme étant au dessus des ressource de l'art, nous pensons qu'on pourrait recourir à la lithotritie et réduire ainsi le calcul en poudre avec plus de facilité et moins de danger qu'on le faisait dans la vessie. Nous terminerons en disant qu'on ne devra jamais tenter les opérations que nous venons d'indiquer avant d'avoir acquis la certitude de l'existence des calculs dans la cavité utérine ; on levera tous les doutes à cet égard en introduisant une sonde qui par le choc et le frottement permettra d'apprécier la consistance et la dureté de la concrétion et sou-

vent même d'en détacher des fragments. Ces parcelles calculeuses amenées au dehors seraient comme lorsqu'elles sont expulsées spontanément, des preuves certaines et irrécusables, pourvu qu'on soit sûr qu'elles ne sont pas sorties de la vessie par le méat urinaire, ou qu'elles ne se sont pas formées dans le vagin par une fistule vésicale.

Les concrétions pierreuses qui se forment dans le tissu même des parois de la matrice n'exigent aucun traitement et l'on doit se borner à combattre les accidents qu'elle déterminent en se conduisant de la même manière que pour les tumeurs fibreuses dont nous allons bientôt nous occuper.

Les petits calculs que l'on trouve dans les ovaires et dans les trompes, n'exigent également aucun traitement ; d'ailleurs ils ne déterminent pas d'accidents et ne peuvent se reconnaître pendant la vie par aucun signe appréciable. Ceux qui se forment dans le vagin ressemblent à des graviers rougeâtres et sont alors composés d'acide urique, ou bien ils sont d'un volume plus considérable, d'apparence crayeuse, de couleur blanche, et ont pour base le phosphate de chaux et ammoniaco-magnésien. —Les calculs vaginaux de cette dernière espèce peuvent quelquefois devenir très volumineux ; *Kœler* (1) en a trouvé cinq pesant ensemble sept onces, dans le vagin d'une femme atteinte d'un prolapsus de l'utérus. C'est sur-

(1) Dict. de méd. tom. IV, art. calcul.

tout dans les cas de déplacement de cet organe, que l'on rencontre ces concrétions qui ont été bien décrites par *Graaf*, *Lankisch*, *Bouvet*. Les corps étrangers qu'on laisse séjourner et s'altérer dans le vagin, deviennent des causes fréquentes de calcul dont les noyaux sont ordinairement des fragments d'éponge, de pessaires de liége ou de cire. *Hoffmann*, *Walter* M. *Breschet* et quelques autres auteurs citent des exemples de ce genre.

Ces concrétions vaginales qui sont peu dangereuses par elles-mêmes, mais souvent excessivement incommodes, peuvent être non seulement le résultat d'une sécrétion morbide de l'utérus procident, mais encore d'une infiltration de l'urine. Elles se forment comme les incrustations calcaires qui recouvrent les pessaires laissés long-temps dans le vagin. On constate facilement leur présence par le toucher ou par l'introduction d'une sonde dans le canal vulvo-utérin. Dès qu'on les a découvertes, on doit les retirer avec une pince ou des tenettes appropriées et prescrire ensuite pour prévenir leur nouvelle formation des injections vaginales et l'usage fréquent des bains.

Enfin les concrétions calculeuses, que quelques auteurs, entr'autres, *Stœller* et *Sœmmering* disent avoir rencontrées sur la surface des grandes et des petites lèvres, se reconnaîtront facilement par la simple inspection des parties, et il sera toujours facile, dans ce cas, d'en faire l'extraction.

DES POLYPES DE LA MATRICE ET DU VAGIN.

Il est assez difficile de donner une définition exacte des polypes de la matrice, car on a compris sous ce nom plusieurs tumeurs de nature différente et qui n'avaient de commun entr'elles que leur siége. On désigne généralement aujourd'hui, sous le nom de polype de la matrice, toute excroissance ou tumeur contre nature, naissant par une base ou pédicule plus ou moins large de la surface muqueuse du col ou du corps de l'organe gestateur.

Les polypes de l'utérus quoique n'ayant pas été bien décrits avant le XVIII[e] siècle, ont été néanmoins connus dès la plus haute antiquité; si *Hippocrate*, *Celse*, *Galien*, n'en ont pas parlé, *Philoténus* (1) qui vivait avant ces deux derniers auteurs, a indiqué assez bien les progrès des polypes utérins; si l'on juge par le peu de mots qu'il emploie pour tracer le manuel des opérations qu'il pratiquait, il paraît qu'il arrachait et excisait ces tumeurs avec des instruments. *Moschion* dans son traité (*de mulieribus affectibus*), qui fut publié par *Spachius* en 1566, a le premier donné le nom de *poulpes* ou polypes, aux tumeurs fibreuses pédiculées de l'utérus; mais il en parle de manière à prouver qu'il n'avait pas sur leur nature des connaissances plus précises que ses prédécesseurs-

(1) Harmonia gynœciorum. p. 138. 1566, et *Peyrilhe*, p. 115. 1780.

seurs. Il faut arriver jusqu'à *Guillemeau* qui fut le disciple *d'Ambroise Paré*, pour trouver une description assez exacte des polypes utérins; mais, c'est surtout à *Levret* (1) qu'appartient la gloire d'avoir par un grand nombre d'observations, dissipé les ténèbres qui recouvraient l'anatomie, le diagnostic et le traitement des tumeurs polypeuses. Cette question qui dans le siècle dernier, avait été également plus ou moins éclaircie par *Lamzweerde* (2), *Schacher* (3), *Kaltschmitt* (4), *Herbiniaux* (5), ne laisse presque plus rien à désirer depuis les travaux de *Desault* (6), de *Bichat* (7), de *Denmann* (8), de *Bayle* (9), de MM, *Roux* (10), *Grainger* (11), *Mayer* (12), *Breschet* (13), *Hervez de Chégoin* (14), *Simson* (15),

(1) Observ. sur la cure radic. de plusieurs polypes de la matrice. 1749.

(2) Historia naturalis malorum uteri. lugd. in-12. 1686.

(3) Programma de polypis etc. *Leipsic*. 1721.

(4) De mola scirrhosa in utero extirp. *Jenæ* 1754.

(5) Traité des accouch. labor. et sur les polypes de la matrice, t. II. 1782.

(6) OEuvres chirurgicales, t. II.

(7) Mém, de la société méd. d'émul. t. II.

(8) Plates a polypus, etc., of the uterus. 1801.

(9) Dictionnaire des sciences méd.

(10) Mémoires sur les polypes. Mélanges de chirurgie.

(11) Med. and surg. remarks, etc. Method of removing polypi from the uterus 1815.

(12) De polypis uteri. *Berolini* 1821.

(13) Dictionnaire de méd. en 21 vol. t. 17.

(14) Journ. gén. de méd. octobre 1827. Remarques sur la disp. anat. des polypes de la matrice.

(15) De polypis uteri. *Berolini*. 1828.

Dupuytren (1), *Malgaigne* (2), *Gerdy*, (3), *Dugès* (4), *Blandin* (5), et plusieurs autres qu'il serait trop long de rappeler.

Si nous ne disons que quelques mots sur l'anatomie pathologique des polypes et des corps fibreux de la matrice, c'est d'une part, parce que nous n'avons rien de nouveau à ajouter, et de l'autre, parce qu'il nous serait impossible de rapporter sans nous étendre trop loin, les opinions diverses qui ont été émises à cet égard par les auteurs.

Levret distinguait deux espèces de polypes utérins; depuis lui, la plupart des auteurs ont augmenté la division et admettent les polypes vésiculaires blancs, les polypes vésiculaires rouges, les polypes fibreux, enfin les polypes sarcomateux, qui sont d'un rouge foncé, d'une forme irrégulière et offrent une surface plus ou moins bosselée. Primitivement ils sont indolents; mais bientôt ils deviennent le siége d'élancements aigus et ne tardent pas à dégénérer en cancer et à fournir de leur surface un écoulement de sang souvent continuel. *M. Malgaigne* (loc. cit.) a admis cinq divisions: 1° les polypes vésiculaires, 2° les cellulo-vasculaires, 3° les polypes par hypertrophie,

(1) Clinique chirurg. Leçons orales. tom. III.

(2) Des polypes utérins. thèse d'agrégation en chirurgie, in-4°, 1832 et 8°. 1833.

(3) Des polypes et de leur traitement. 1833.

(4) Maladies de l'utérus, tom. 1. 1833.

(5) Dict. de méd. et chirurg. pratiques. tom. XIII. 1835.

4° les polypes moliformes, 5° les polypes fibreux. Comme selon nous quelques-unes de ces variétés de polypes ne sont le plus souvent que des végétations fongueuses ou le résultat d'un cancer hématode de la matrice, ou la dégénérescence carcinomateuse d'un polype fibreux, nous allons nous borner à parler des deux espèces de polypes qui sont les plus fréquents, savoir : les cellulo-vasculaires, ou polypes mous, et les fibreux, ou polypes durs, qui se subdivisent en pédiculés et en sessiles ou non pédiculés.

Les polypes cellulo-vasculaires ont ordinairement leur siége sur le museau de tanche et dans la cavité du col utérin. Ils sont en général peu volumineux, facilement compressibles, indolents, légers, de consistance molle, de couleur blanche, rosée ou rouge, plus ou moins foncée, selon qu'ils sont alimentés par un plus grand nombre de vaisseaux ; ils peuvent être simples ou multiples, immobiles, à base large, mais le plus souvent ils sont soutenus par un pédicule dont la longueur est très-variable. Ces polypes, qui sont peu fréquents et peu dangereux, ne gênent les malades que parce qu'ils laissent exhaler de leur surface un fluide séro-muqueux quelquefois très-abondant.

Lorsque les polypes cellulo-vasculaires, siégeant sur le museau de tanche, sont peu volumineux, il est souvent difficile de constater leur existence par le toucher, parceque le doigt porté sur eux les fait fuir, les aplatit ou les accole au tissu de la matrice. On

devra dans ce cas promener l'indicateur sur les surfaces internes et externes du eol dans une direction transversale, et on parviendra ainsi à reconnaître une ou plusieurs tumeurs molles, presque onduleuses et plus ou moins saillantes, qu'il sera facile de déjeter dans tous les sens.

Dans le bulletin des sciences médicales du mois d'octobre 1827, le professeur *Dupuytren* indique les caractères suivants :

« Les polypes celluleux et vasculaires, qui offrent des symptômes analogues à ceux du cancer du col de l'utérus, échappent, par leur petitesse, aux plus attentives investigations; ils font le désespoir des médecins non moins que des malades; des écoulements blancs ou rouges, communément accompagnés d'un sentiment de fatigue dans les reins, de tiraillements dans les aines, de pesanteur au fondement; un épuisement physique et moral, promptement amené par la perte de sang et les douleurs : cette perte de sang, mais surtout l'écoulement en blanc, aura lieu par le moindre contact, par le coït, par l'approche des règles, et enfin le toucher et la vue aidée du *speculum* les font aisément reconnaître. Que l'on porte le doigt jusqu'au museau de tanche et dans le cercle formé par cette partie, on rencontrera un, deux trois, ou un plus grand nombre de petits corps alongés, pédiculés, et implantés à l'extrémité inférieure de la cavité du col; ces petits corps ont un volume

qui varie depuis la grosseur d'un pois jusqu'à celle d'une fève de haricot : le moindre contact les fait saigner ; si, au lieu du doigt, on se sert de la vue aidée du *spéculum*, on trouve le col et le museau de tanche rouges, dilatés, et remplis par de petits corps rougeâtres, alongés, pédiculés et implantés au col. Il n'y a pas de maladie avec laquelle cette affection n'ait été confondue. »

Le traitement des tumeurs polypeuses de ce genre, consiste dans leur arrachement combiné avec la torsion. Pour y procéder, il faut mettre les parties à découvert au moyen de notre spéculum brisé qui a l'avantage de dilater le vagin dans tous les sens, surtout vers le point où l'on doit agir, puis après avoir abstergé la tumeur polypeuse, avec un pinceau de charpie porté sur une pince ou sur le manche de notre porte caustique, on devra la saisir avec une longue pince pour la tordre sur elle-même de manière à l'arracher, mais avec la précaution de porter les mors entr'ouverts de l'instrument jusqu'à la naissance du pédicule, afin d'être plus sûr d'opérer une extirpation complète. On s'assurera d'avoir obtenu ce résultat si, en portant le doigt sur le point où était fixé le pédicule, on y trouve une légère dépression. L'hypertrophie et l'œdème du col utérin qui accompagnent souvent les polypes cellulo-vasculaires, seront ensuite traités par les moyens que nous avons indiqués en parlant de ces affections, de même que

l'on combattrait par les antiphlogistiques, le repos et la cautérisation, les ulcères simples qui pourraient résulter de la plaie produite par l'arrachement des excroissances polypeuses.

Les polypes fibreux pédiculés ont ordinairement une forme ronde tant qu'ils sont contenus dans la cavité de la matrice, mais dès qu'ils sont sortis de cet organe, ils présentent au contraire la forme d'une poire dont la grosse extrémité serait tournée en bas. Leur volume qui est d'abord peu considérable augmente souvent d'une manière rapide, et reste quelquefois stationnaire après avoir acquis certaines dimensions. Selon *Boyer*, il en est qui diminuent alors de volume et se dissipent presque complètement par le seul bénéfice de la nature. Ces tumeurs tiennent à l'utérus par un pédicule qui varie sous le rapport du lieu de son implantation, de son volume et de son organisation. En effet, ce pédicule qui adhère, soit à la face interne de la cavité de la matrice, ou à celle de la cavité du col, soit à l'une des lèvres du museau de tanche, peut être mince, étroit, alongé, peu consistant, de même qu'on le trouve quelquefois dur, épais, court et résistant.

La texture intérieure des polypes fibreux de la matrice présente une grande analogie avec celle de cet organe, c'est-à-dire une texture dense, ferme, résistante et le même entrecroisement inextricable de fibres. On y trouve des vaisseaux souvent très peu

apparents ; mais dont l'existence ne peut être niée parce qu'on ne pourrait expliquer la couleur rougeâtre et surtout l'accroissement des tumeurs. Lorsqu'elles sont incisées elles crient sous le scalpel et font éprouver la même sensation que l'orsqu'on divise le tissu de l'utérus. A la teinte rougeâtre dont nous avons parlé se trouve unie une teinte légèrement jaunâtre qui est d'autant plus pâle que la densité est plus grande. Quoiqu'on n'ait pu y démontrer l'existence des nerfs , leur existence est suffisamment prouvée par les douleurs qui résultent de la constriction de leurs pédicules.

Les polypes fibreux développés dans le tissu sous-muqueux de la matrice, sont recouverts par la membrane muqueuse de cet organe, qui s'alonge à mesure que la tumeur fait des progrès et qui conjointement avec des vaisseaux, et un tissu fibro-celluleux qu'elle recouvre, donne naissance au pédicule. Ce dernier s'amincit alors quelquefois au point de se rompre et de donner lieu à une guérison spontanée, comme *Mauriceau* , *Ruisch*, *Hoffmann*, *Levret*, *Dupuytren* et *M. Hervez de Chégoin*, en citent des exemples. Dans quelques cas le pédicule est au contraire dur , solide, et éprouve peu d'allongement, souvent même loin de s'amincir à mesure que le polype fait des progrès, il acquiert un volume de plus en plus considérable. On a vu des polypes dont le pédicule s'était tellement accru qu'il présentait plus de quatre pouces de circonférence.

Quoique la forme des tumeurs fibreuses pédiculées soit ordinairement ovoïde et piriforme ; on les trouve quelquefois bosselées, aplaties, anguleuses, cylindroïdes, étranglées, irrégulières et divisées en lobes. Leur grosseur est variable depuis celle d'une lentille (*Bayle*) jusqu'à celle de la tête d'un homme. M. *Marjolin* nous a dit dans ses leçons orales avoir vu un polype utérin ayant le volume de la tête d'un adulte. La tumeur, qui avait renversé la matrice en s'enfonçant dans sa cavité, était descendue dans le vagin et comprimait très fortement la vessie et le rectum. Après avoir tenté inutilement de l'extraire avec le forceps, on proposa une incision entre les deux branches du pubis, qui ne permit pas d'extraire le polype et qui n'eut pour résultat que de rendre la tumeur plus saillante ; ce n'est même que par l'hypogastre qu'on parvint à en faire l'extraction après la mort de la femme. L'ancien journal de médecine, tome 63, parle d'un polype du poids de dix livres et demie et offrant dix-huit pouces de circonférence à sa base et treize pouces de longueur ; ce polype, dont le tissu propre était composé de fibres charnues et contournées dans divers sens, avait son insertion sur le museau de tanche. Enfin M. *Gaultier de Claubry*, le père, a donné l'histoire d'une tumeur polypeuse pesant trente-neuf livres et ayant trente-cinq pouces de circonférence verticale sur vingt-neuf de circonférence horizontale. Ces

grosses masses polypeuses distendent la matrice presque autant qu'un fœtus à terme, et déterminent non seulement dans le tissu de ce viscère, mais encore dans les seins et dans tout l'organisme de la femme, des modifications analogues à celles qui résultent de la grossesse.

Certains polypes, au lieu de former une masse fibreuse compacte, présentent dans leur intérieur des cavités qui donnent à ces tumeurs tant d'analogie avec la matrice, que plusieurs chirurgiens qui avaient extirpé un polype utérin, ont cru avoir fait l'ablation complète de l'organe gestateur. *Boudon*, *Maune*, *Collin* sont non seulement tombés dans cette erreur, mais ce qui est bien plus extraordinaire c'est qu'ils ont affirmé que des femmes avaient pu devenir enceintes après ces opérations. On concevra facilement une semblable méprise, lorsqu'on saura qu'en 1823 et à l'hôpital Saint-Louis deux praticiens aussi habiles que MM. *Richerand* et *J. Cloquet* ayant extirpé un polype creux, pensèrent avoir emporté la matrice qui fut trouvée dans sa position naturelle après la mort de la femme. Il est encore une autre espèce de polypes creux qu'il ne faut pas confondre avec ceux que nous venons d'indiquer; nous voulons parler de ceux dont la cavité intérieure contient de la matière cérébriforme, des fongosités, des épanchements, enfin tous les produits d'une dégénérescence cancéreuse.

Les polypes qui sont les plus exposés à cette transformation pathologique, sont ceux chez lesquels le tissu celluleux prédomine. Ceux au contraire dans la composition desquels l'élément fibreux l'emporte sur l'élément celluleux, ne dégénèrent que pour passer à l'état osseux, ou du moins s'ils deviennent squirrheux ou cancéreux, la transformation a lieu de la circonférence au centre, parcequ'elle ne dépend pas alors de la réaction des divers éléments les uns sur les autres, mais bien d'une inflammation de la matrice et surtout de la membrane interne. Comme d'après la remarque de *Dupuytren* (Méd. opér. des *Sabatier*, t. IV, p. 337), ce sont les couches externes des polypes qui passent d'abord à l'état de cancer, et que presque toujours le corps de ces tumeurs ou au moins leur pédicule, présente l'organisation fibreuse saine, on peut les attaquer avec espoir de succès lors même qu'elles semblent être frappées d'une dégénérescence carcinomateuse déjà avancée.

M. le professeur *Cruveilhier* admet une autre espèce de polypes creux qu'il a observée plusieurs fois. Ces tumeurs, qui sont le résultat d'une véritable hypertrophie du tissu propre de la matrice, présentent à leur intérieur des cavités qui sont analogues aux sinus utérins et qu'on trouve ordinairement remplies d'un sang noir et caillé. Comme les pathologistes ne sont pas d'accord sur les diverses espèces de polypes pé-

diculés, nous croyons pouvoir nous dispenser de les rappeler, d'autant plus qu'il n'en résulterait rien d'avantageux, surtout sous le rapport de la pratique.

Les polypes fibreux non pédiculés ou *corps fibreux de la matrice* sont des tumeurs qui offrent la même texture intérieure que les polypes fibreux pédiculés, mais qui en diffèrent surtout, parce qu'ils sont dépourvus de pédicules, et qu'ils se développent, soit sous la tunique péritonéale, soit dans l'épaisseur des tissus propres de l'organe. Ces derniers, quoique renfermés dans la substance de l'utérus, ne lui sont pas unis par continuité de tissu, mais étant produits de toutes pièces, ils sont circonscrits et enveloppés d'une couche de tissu cellulaire assez dense pour les faire paraître comme chatonnés et enfermés dans un kyste. Ceux qui font saillie sur la surface péritonéale y sont supportés par une large base ou par un fort pédicule formé par la tunique péritonéale et par quelques lames cellulaires.

Ces productions polypeuses désignées généralement sous le nom de corps fibreux, peuvent être uniques ou multiples. M. *Roux* en a vu dix à douze faire saillie dans l'abdomen; nous en avons trouvé onze dans les parois de la matrice d'une vieille femme; enfin M. *Cruveilhier* en a rencontré trois à base large et naissant de la cavité du corps du même organe, chez une femme de trente ans, morte phthisique.

La forme des corps fibreux est presque toujours ronde ; leur surface, comme celle des polypes pédiculés, est tantôt lisse, tantôt inégale, anfractueuse et comme partagée en plusieurs lobes. Leur volume peut également varier depuis celui d'une lentille ou d'une petite noisette jusqu'à celui de la tête d'un homme adulte. Enfin plus tard, leur couleur, leur consistance et leur origine étant les mêmes que celles des polypes fibreux pédiculés, nous terminerons là ce que nous avions à dire sous ces divers rapports; d'autant plus que nous devons y revenir lorsqu'il sera question du diagnostic et du traitement des tumeurs fibreuses en général.

Les causes des polypes sont le plus souvent difficiles à déterminer. Parmi les causes prédisposantes on a signalé un tempérament lymphatique, les vices dartreux, syphilitique, scrofuleux, l'existence d'une leucorrhée ancienne, le célibat, la stérilité, les avortements, les professions sédentaires, telles que celle de cuisinière, de repasseuse, de couturière, etc. L'âge paraît avoir également une certaine influence sur le développement des tumeurs polypeuses; en effet l'âge de 30 à 40 ans, puis celui de 40 à 50, sont les époques de la vie des femmes pendant lesquelles les polypes utérins sont les plus fréquents. Sur cinquante et une observations recueillies dans les auteurs, M. *Malgaigne* a trouvé de 26 à 30 ans, 4 cas; de 30 à 40, 20; de 40 à 50, 16; de

50 à 60, 4; de 60 à 70, 3; de 70 à 74, 4; total 51. On voit, par cette sorte de statistique, que les excroissances polypeuses sont très rares chez les femmes âgées, chez les jeunes femmes et surtout chez les jeunes filles avant 25 ans : cependant *Desault* a extirpé un polype chez une fille de quinze ans, et le docteur *Simsom* (loc. cit. p. 22), rapporte que *Siebold* en a observé trois à la fois, chez une fille dont l'hymen était intaet.

Les corps fibreux proprement dits qui se développent sous les mêmes influenees que les polypes pédiculés, sont beaueoup plus fréquents que ces derniers; *Bayle* évalue à un cinquième le nombre des femmes âgées de plus de trente-cinq ans chez qui il a trouvé un ou plusieurs corps fibreux. *Portal* a obtenu une proportion beaucoup plus grande, puisque sur vingt matrices qu'il examina en 1770, treize lui offrirent des excroissances fibreuses; enfin, suivant *Dupuytren*, il n'y a presque pas de matriees de vieilles femmes qui ne présentent quelques tumeurs de ce genre.

Les causes déterminantes des polypes utérins sont également diffieiles à apprécier. Cependant on peut en général regarder comme la cause première et essentielle de ee genre d'excroissance un certain mode d'irritation dont la persistance dans le point le plus particulièrement affecté détermine un nouveau mode de nutrition, et de vitalité qu'il sera toujours impossible d'expliquer, mais que l'on peut jusqu'à un

certain point comparer au développement des excroissances ligneuses qui naissent par l'effet de la piqûre du *cynips galla*, sur les rameaux du chène qui produit la noix de galle.

Plusieurs circonstances peuvent disposer à l'irritation locale qui donne lieu au développement des polypes et les favorise. Telles sont des piqûres, des gerçures, des excoriations, l'abus du coït, tous les écoulements vagino-utérins, les accouchements laborieux, les manœuvres inconsidérées pour accélérer la délivrance, l'emploi des injections astringentes, enfin tous les agents susceptibles de déterminer un point d'irritation habituelle ou fréquemment renouvelée sur les organes génitaux. Nous ajouterons que d'après plusieurs auteurs les polypes utérins sont très fréquents dans certaines contrées de l'orient, où les femmes font usage de pessaires irritants dans le but de les exciter à la lubricité

Les symptômes primitifs ou signes rationnels qui peuvent faire soupçonner l'existence d'un polype fibreux de la matrice sont à peu près les mêmes dans la première période, soit que la tumeur ait son siége vers la surface péritonéale, soit qu'elle fasse saillie dans la cavité de l'organe. Les indices ordinaires des polypes utérins sont des phénomènes sympathiques, tels que des vomituritions, des dégoûts, la pâleur de la face, la leucophlegmatie; la menstruation devient plus fréquente, plus abondante et plus prolongée ; si la tumeur occupe le corps de l'utérus, les pertes qui dans

ce cas sont encore plus irrégulières, deviennent quelquefois si abondantes qu'elles produisent en peu de tems l'épuisement des forces et une faiblesse telle que la femme succombe. Ces symptômes fâcheux sont ordinairement accompagnés d'une leucorrhée qui, quelquefois fétide et sanguinolente, précède, presque toujours la formation du polype, mais qui cependant dans quelques cas, ne se manifeste qu'à une époque assez avancée après sa naissance; il est bon de dire aussi que lorsque la tumeur siége sur le col de la matrice, souvent l'écoulement vagino-utérin, existe seul; c'est-à-dire sans qu'il y ait en même temps des pertes sanguines; enfin nous devons ajouter que la malade éprouve en même tems des tiraillements dans les aines et les lombes, un sentiment de pesanteur dans la région hypogastrique et de distension dans l'intérieur du bassin, et plus tard une sorte de gêne et de compression sur la vessie et le rectum qui s'opposent à l'expulsion de l'urine et des matières stercorales. Du reste ces derniers symptômes ne se manifestent que lorsque la tumeur a acquis un volume considérable.

Les signes sensibles des polypes utérins ne sont pas appréciables à toutes les époques de la maladie; aussi, ils varient selon le développement de la tumeur et la situation qu'elle occupe sur l'organe gestateur. Si dans le principe, les dérangements de la menstruation, les nausées, le gonflement et la

sensibilité anormale des mamelles, l'altération des traits, l'œdème des paupières, et la plupart des symptômes que nous avons indiqués, signalent suffisamment au médecin une affection de la matrice; il est souvent très difficile de préciser quelle est la nature de l'affection, lorsque le polype est encore contenu dans la cavité utérine.

Les symptômes rationnels et sensibles, ainsi que la marche des polypes utérins, varient suivant qu'ils ont leur siége sur le museau de tanche, dans la cavité du col ou dans celle de la matrice.

Les tumeurs polypeuses qui sont implantées sur une des lèvres du col, n'offrent en général d'autres symptômes qu'une leucorrhée plus ou moins abondante, ce qui fait que leur existence n'est souvent connue que lorsqu'ils sont devenus assez considérables pour s'avancer vers la vulve et gêner l'expulsion de l'urine. Si dans ce cas, on pratique le toucher vaginal, on constate la présence d'une tumeur, de consistance et de volume variables, de forme ovoïde, et dont la partie rétrécie, ou pédicule, est adhérente au col. Enfin on complète le diagnostic en mettant les parties à découvert, au moyen du spéculum.

Ces polypes prennent quelquefois un développement si considérable, que non seulement ils entr'ouvrent la vulve, mais même descendent entre les cuisses en entraînant plus ou moins la matrice sans

jamais la renverser; les polypes implantés dans la cavité du col sont plus difficiles à reconnaître. Le doigt introduit dans le vagin, sent une tumeur circonscrite par un cercle épais qui n'est autre chose que les lèvres du col distendues par le polype. Lorsqu'on aura ainsi acquis la certitude que ce dernier est implanté plus haut que l'orifice utérin, on devra tâcher de découvrir si l'implantation a lieu dans la cavité du col ou dans celle de la matrice; on pourra y parvenir, soit en portant un doigt jusqu'au pédicule si cela est possible, soit, dans le cas contraire, au moyen d'une sonde de femme qui, parcourant toute la surface du col, se trouvera arrêtée au point où l'insertion aura lieu. Les polypes qui sont ainsi disposés, étant plus ou moins comprimés, déterminent plus souvent des hémorrhagies que les précédents, et en se développant, descendent dans le vagin et se présentent bientôt à la vulve.

Les tumeurs polypeuses adhérentes au fond de l'utérus, doivent être considérées différemment selon qu'elles se trouvent encore dans l'intérieur de cet organe, dans la cavité du col, ou qu'elles ont franchi le museau de tanche.

Lorsqu'elles sont encore contenues dans la matrice, leur existence n'est annoncée par aucun signe sensible bien caractéristique; la femme se plaint seulement d'un sentiment de pesanteur dans le bassin et d'un peu de difficulté dans l'expulsion de l'urine et

des matières fécales. Si la palpation suspubienne et le toucher vaginal font découvrir une tumeur, cette dernière peut être produite par une collection sanguine, un calcul, des hydatides, par un corps fibreux développé dans les parois utérines, ou même par une hypertrophie de la matrice; dans ce cas le parti le plus prudent est donc d'attendre, et de faire de la médecine symptômatique.

Dans cette première période, il arrive quelquefois que la santé des femmes est peu dérangée; mais le plus souvent elles éprouvent des douleurs dans les aines, les lombes et les cuisses, elles sont sujettes à des écoulements leucorrhéïques; et leurs régles qui sont alors irrégulières et de plus longue durée, reviennent à des intervalles plus rapprochés.

Dans la seconde période du développement et de la marche des polypes implantés dans la cavité utérine, la tumeur qui peu à peu a dilaté le col, s'engage dans son intérieur à la manière d'un coin, selon l'expression de *Levret*, et vient bientôt se présenter à l'orifice du museau de tanche. Cette ouverture, qui alors est béante, permet l'introduction du doigt, qui se trouve arrêté par une tumeur convexe, résistante, lisse, presque insensible, et dont on soulève la masse en totalité en appuyant un peu sur la partie que l'on touche; cette tumeur est séparée des bords de l'ouverture qu'elle obstrue, par un enfoncement circulaire et par la saillie des lèvres de l'orifice du col, autour duquel, le doigt investiga-

teur ne trouve que le cul-de-sae qui forme l'insertion du vagin. Lorsque le polype a acquis un certain volume dans la cavité utérine, il a souvent beaucoup de peine à franchir le col, et il arrive même quelquefois qu'il ne peut y parvenir, parce que les parois de cet organe présentent une tropgrande rigidité. Dans ce cas, la matrice se dilate en raison de l'augmentation du volume de la tumeur, la région hypogastrique devient plus saillante; les seins se tuméfient sympathiquement; les douleurs de plus en plus vives, sont accompagnées de pertes presque continuelles qui mettent la malade dans l'impossibilité de se mouvoir, et la jettent dans un état de faiblesse générale et de débilité toujours croissante. Le pouls est petit, faible et préeipité; il survient des syncopes fréquentes, la face et surtout les paupières se bouffissent, l'hydropisie d'abord partielle est bientôt générale, enfin la mort devient toujours le dénouement de cette scène de douleurs, si le médecin ne se hâte d'y porter remède.

Lorsque le polype est descendu dans le vagin, soit d'une manière lente et progressive, soit tout d'un coup, comme il arrive le plus souvent à la suite d'une chute, d'une secousse quelconque, ou d'un effort expulsif comme pour l'aceouchement, on est généralement convenu de regarder la tumeur comme étant parvenue à sa troisième période. Les douleurs diminuent alors subitement, parce que la matrice

cesse d'être comprimée aussi fortement, et en même temps de se contracter; mais il survient ordinairement une hémorrhagie abondante qui, selon *Levret* et *Sabatier*, est le résultat de la compression qu'éprouvent les veines superficielles de la tumeur par la contraction du col utérin : compression qui, empêchant le retour du sang, produit la distension de ces veines, puis leur rupture.

Le toucher, pratiqué lorsque le polype est entièrement descendu dans le vagin, fait reconnaître une tumeur de consistance ferme, ayant la forme d'une poire dont la grosse extrémité est tournée en bas et dont le pédicule pénètre dans la cavité utérine. Les accidents et les douleurs qui à cette époque étaient d'abord devenus moins intenses, acquièrent bientôt une nouvelle impulsion, parce que le polype ayant augmenté de volume, comprime de plus en plus la vessie et le rectum, et rend quelquefois tout à fait impossibles la défécation et l'excrétion de l'urine qui jusque là avaient été seulement gênées. Le fond de la matrice est presque toujours entraîné, et il se produit un renversement incomplet et un prolapsus de ce viscère; les tiraillements des régions inguinales et lombaires, se font sentir avec plus de force; la malade ne peut se tenir debout; enfin la tumeur, entraînée par son propre poids ou par les contractions des parties, se présente entre les lèvres de la vulve, et continuellement souillée par le contact de l'urine et

des sécrétions utéro-vaginales, ne tarde pas à éprouver les dégénérescences les plus fâcheuses.

Lorsque le volume trop considérable du polype, ou la rigidité des ligaments utérins ont empêché la tumeur de s'abaisser au point de sortir du vagin (1), celle-ci par son contact détermine non seulement une irritation de la membrane muqueuse de ce canal, mais encore s'enflamme elle-même principalement à sa surface qui devient boursouflée, inégale, tuberculeuse, et autour de laquelle croupissent des matières sanieuses, purulentes et d'une odeur extrêmement fétide. A la pâleur produite par les hémorrhagies abondantes et l'état d'anémie générale de tout l'organisme, vient se joindre la teinte jaune paille, caractéristique de la dégénérescence cancéreuse, qui envahit presque toujours les polypes ainsi retenus et abandonnés à eux-mêmes.

Il est rare que les polypes utérins franchissent la vulve spontanément, soit parce qu'ils restent quelquefois stationnaires après un certain développement dans le vagin, soit parce qu'on les extirpe ordinairement avant qu'ils aient acquis un accroissement suffisant, soit enfin parce que les femmes succombent aux pertes sanguines et séro-purulentes. Nous

(1) *Beaudelocque* a observé un cas de polype utérin retenu dans le vagin qui était si volumineux qu'il remplissait toute la cavité du bassin et refoulait la matrice à la hauteur de l'ombilic (Recueil périod. de la Soc. Méd. T. IV., p. 137.)

dirons cependant qu'on a vu un certain nombre de fois, une grosse tumeur polypeuse pendre entre les cuisses et ressembler assez bien à un prolapsus complet de l'utérus et surtout à un renversement de cet organe.

L'existence des tumeurs polypeuses dans la matrice, n'est pas nécessairement un obstacle absolu à la conception, à la gestation et même à l'accouchement. *Levret* (1), rapporte trois observations qui lèvent tous les doutes à cet égard; l'une lui est propre, et les deux autres sont d'après *Boudon* et *Thoumain*. Dans les deux premiers cas, la grossesse fut très heureuse, et ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que pendant toute sa durée, le polype avait disparu et ne se montra qu'après l'accouchement. Dans l'observation de *Thoumain*, la tumeur produisit l'avortement qui dans ce cas est la terminaison la plus fréquente. Le docteur *Huguier*, agrégé et prosecteur de la Faculté, et l'un des jeunes médecins les plus distingués de Paris, nous a parlé d'une jeune fille de dix-huit ans, qui, malgré la présence d'un polype fibreux implanté sur le museau de tanche et faisant saillie dans le vagin, s'était mariée et avait pu devenir enceinte. Comme la tumeur gênait beaucoup la malade, et que d'ailleurs cette dernière craignait qu'elle ne fût un obstacle à son accouchement, elle se décida à la laisser extirper,

(1) Mém. de l'acad. de chirurgie, tom. III.

ce qu'elle avait toujours refusé. La section du pédicule, pratiquée avec un bistouri, fut suivie d'une hémorrhagie peu abondante, mais l'avortement eut lieu le lendemain de cette opération. Le médecin de cette femme qui habite les environs de Paris a dit il y a peu de jours à M. *Huguier* qu'elle est aujourd'hui parfaitement rétablie. (*Janvier* 1838.)

Les symptômes des tumeurs fibreuses non pédiculées, ou *corps fibreux* de la matrice ne sont pas aussi tranchés que ceux des polypes, parce qu'ils déterminent moins que ces derniers des dérangements dans la menstruation et dans les fonctions de l'organe gestateur. Les tumeurs fibreuses sous-péritonéales, surtout celles qui ont peu de volume ne donnent aucun indice de leur existence; ce n'est que lorsque elles sont parvenues à un certain degré d'accroissement quelles deviennent manifestes. En pratiquant la palpation hypogastrique, on sent une tumeur indolente d'un volume variable, d'une forme obronde, et formant une saillie dans le milieu ou sur l'un des côtés de l'abdomen. Les malades éprouvent dans cette cavité un sentiment de gêne qui s'accroît toutes les fois qu'elles se livrent à des mouvements brusques. Du reste, nous devons dire que ces signes ne suffisent pas pour distinguer *à priori*, les corps fibreux sous péritonéaux, des autres tumeurs qui peuvent se développer dans le bassin, telles qu'un squirrhe et une hydropisie enkystée de l'o-

vaire. Dans tous les cas, une erreur de diagnostic ne peut être préjudiciable à la malade, car dans ces circonstances le médecin doit rester spectateur des événements et se borner à un traitement palliatif.

Les tumeurs fibreuses occupant les parois du corps de la matrice, peuvent également exister, surtout lorsqu'elles sont petites sans qu'il se manifeste aucun symptôme qui indique leur présence, mais le plus souvent on peut constater leur existence d'une manière assez exacte. En effet, en explorant le bas-ventre, on sent une tumeur qui augmente de jour en jour au point de dépasser quelquefois l'ombilic. Si après avoir fixé cette tumeur avec la main placée sur l'hypogastre, on introduit en même temps dans le vagin le doigt indicateur pour imprimer à la matrice un mouvement de bas en haut, l'impulsion est communiquée à l'autre main; si au contraire, cette dernière imprime à la tumeur un mouvement de gauche à droite, on perçoit au museau de tanche le même mouvement, mais il s'opère du côté opposé, c'est-à-dire de droite à gauche; ce qui indique que la tumeur sentie fait corps avec la matrice.

Il est plus facile de reconnaître les corps fibreux non pédiculés, qui occupent la surface vaginale du col, puisque leur présence peut être constatée au moyen du *speculum uteri* et du toucher vaginal. Il est bon d'ajouter cependant que le diagnostic peut offrir beaucoup d'obscurité, lorsque la tumeur, au

lieu d'occuper la surface, est située profondément. Il arrive souvent que dans ce cas, les femmes se plaignent à peine de la sensation d'un corps étranger dans le vagin; ce corps, qui peut acquérir des dimensions assez considérables, n'est autre chose que le col accru dans un ou plusieurs de ces points; nous ajouterons également que les personnes encore réglées chez lesquelles il se manifeste des corps fibreux dans les parois de la matrice, sont sujettes pour la plupart à des écoulements sanguins et leucorrhéiques plus ou moins abondants, et sont en général remarquables par un teint pâle et un état particulier de bouffisure et de langueur; dans quelques cas elles reprennent le teint de santé et de fraîcheur qu'elles avaient avant les premiers symptômes du mal, et ne conservent même que la gêne qui résulte de la présence de la tumeur.

Le diagnostic différentiel des divers états des polypes fibreux de la matrice, ayant été déjà indiqué, nous allons parler des affections qui peuvent être confondues avec eux et qui ont été l'occasion des méprises les plus graves.

Une tumeur fibreuse contenue dans la matrice peut faire supposer la grossesse, d'autant plus que souvent le développement du ventre, la tuméfaction des seins viennent se réunir à une foule de phénomènes sympathiques qui accompagnent la gestation. On évitera cette méprise en se rappelant que

dans la grossesse, le développement de l'abdomen est beaucoup plus rapide ; que dans le cas de polypes il n'y a pas de ballottement ; que l'application du stéthoscope ne fait apercevoir, ni les battements du cœur du fœtus, ni ceux du placenta ; enfin que la santé générale subit des atteintes qui n'ont pas lieu dans la grossesse véritable.

On distinguera facilement le prolapsus incomplet de l'utérus, parce que dans ce cas, la tumeur formée par cet organe, a sa base ou grosse extrémité en bas, tandis que le contraire a lieu dans les polypes ; en outre on trouve à la partie inférieure de la tumeur l'ouverture du col utérin qui permet l'introduction du doigt, d'une sonde ou d'un stylet.

Les polypes descendus entre les grandes lèvres de la vulve, ont été également confondus avec une chute complète de la matrice ; pour éviter cette erreur, il suffit de savoir que dans ce cas comme dans le précédent, la tumeur formée par la matrice, est plus petite en haut qu'en bas, qu'elle est douloureuse, réductible et qu'elle présente également une fente transversale qui est l'orifice du col.

On a également confondu les polypes avec un renversement complet ou incomplet de l'utérus. Dans le renversement incomplet, on trouve le col entr'ouvert, on sent une tumeur arrondie, sphéroïdale. S'il en est ainsi dans les polypes qui commencent à traverser le museau de tanche, la tumeur se comporte

d'une manière différente dans les deux cas. En effet, lorsque la matrice est incomplètement renversée, on réduit ou plutôt on fait disparaître complètement la tumeur qui en résulte, en appuyant sur elle. Si l'on a affaire à un polype, au lieu de s'effacer par la pression comme dans le renversement incomplet, la tumeur conserve toujours le même volume et la même convexité. Il est bon également de savoir distinguer la surface de la matrice de celle du polype. Celle de cette tumeur qui est insensible, et toujours dure, est tantôt lisse, tantôt inégale et bosselée. La surface de l'utérus renversé est au contraire veloutée, molle et très sensible. *Herbiniaux* dit que le renversement utérin n'est pas accompagné de pertes de sang, ni d'écoulement purulent, tandis que le polype l'est toujours. Nous ajouterons en outre que dans le renversement le doigt ne peut pénétrer entre la tumeur et le col qu'à quelques lignes de profondeur, et que la palpation hypogastrique fait trouver la cavité du bassin comme étant presque vide, tandis que la matrice est sentie facilement lorsqu'elle contient un polype. Enfin M. *Malgaigne* a proposé un moyen ingénieux de compléter le diagnostic qui consiste à porter une sonde d'homme recourbée dans la vessie de la malade, de manière que le bec dirigé en bas et en arrière, en appuyant sur le fond de l'organe renversé, fasse percevoir au doigt indicateur porté dans le vagin le choc léger de l'instrument à travers la paroi du fond de l'utérus.

Le renversement complet de l'organe gestateur peut être pris d'autant plus facilement pour un polype, que dans ce cas, la tumeur étant renflée inférieurement a tout à fait l'apparence et la forme polypeuse. Cependant un examen attentif fera toujours éviter une semblable méprise. Il suffit de savoir que le pédicule du polype est long, grêle et solide, et que la partie rétrécie de l'utérus renversé est courte et de consistance molle. On devra aussi ne pas oublier, que dans l'inversion utérine, la tumeur de couleur rouge ou d'un brun rougeâtre, est douloureuse au toucher, facilement réductible, et laisse toujours après son abaissement un vide au-dessus du pubis; les polypes qui, comme nous l'avons déjà dit, sont durs, insensibles, d'une couleur jaune blanchâtre, ne peuvent rentrer dans le vagin qu'en déterminant de vives douleurs, et avec la plus grande difficulté. Lorsque le renversement a été causé par la présence d'un polype, il existe deux tumeurs, l'une en haut, et l'autre en bas; au-dessus de la tumeur inférieure on sent le pédicule du polype qui est attaché au fond de l'utérus renversé; enfin, une hernie vaginale, un cancer de la matrice, peuvent encore simuler un polype, mais la mollesse, la forme et la réductibilité de la tumeur dans le premier cas, son irrégularité ou son ulcération et les douleurs lancinantes dans le second, suffisent pour faire cesser les incertitudes.

Le pronostic des tumeurs fibreuses de l'utérus, quoiqu'étant généralement grave, varie selon leur situation, et les accidents qu'elles déterminent. Celles qui se développent sous le péritoine ou dans les parois utérines, quoique étant au-dessus des ressources de l'art, ne sont pas nécessairement mortelles; car on a vu des femmes qui en étaient affectées depuis long-temps, parvenir à un âge très avancé dans un état de santé assez satisfaisant. Les polypes qui restent dans la cavité du viscère sont en général plus graves que ceux qui sortant de cet organe deviennent accessibles à la main de l'opérateur. S'il est vrai que l'ablation d'une tumeur polypeuse a causé dans quelques cas la mort de la malade, le plus souvent elle a été suivie de la guérison ; nous ajouterons que le pronostic augmente de gravité par l'existence simultanée de plusieurs tumeurs polypeuses, et que celles qui naissent de la cavité du col et du museau de tanche, ne sont jamais aussi fâcheuses que les autres. Les cas rares où la guérison est le résultat de la rupture du pédicule, ou de la gangrène de la tumeur, constituent la terminaison la plus heureuse de la maladie. Enfin la grosseur du pédicule, le volume des polypes, l'ancienneté du mal, la dégénérescence cancéreuse de la tumeur, et surtout l'état général des malades modifient le pronostic et le rendent plus ou moins fâcheux.

Le traitement des polypes fibreux de l'utérus est

palliatif et curatif; les tumeurs qui sont situées dans la cavité de l'organe, dans son tissu propre ou à sa surface péritonéale, ne réclament que des moyens palliatifs; ainsi il faut modérer les hémorrhagies par le repos, la position horizontale, et les injections astringentes; on soutiendra les forces par un régime analeptique, et l'emploi des toniques, principalement le quinquina, les amers et les antiscorbutiques. Les malades non mariées devront fuir les liens du mariage, celles qui y seront engagées éviteront avec le plus grand soin de devenir enceintes, parce que leur vie et celle de leur enfant seraient exposées aux plus grands dangers.

Avant de parler du traitement chirurgical des polypes, il est bon de dire que si une tumeur de cette nature, quoique encore cachée dans la cavité de l'utérus, se montrait à l'orifice du col et déterminait des efforts d'expulsion et la dilatation du museau de tanche, on pourrait en aider la sortie en administrant du seigle ergoté ainsi qu'on l'a déjà fait avec succès : (*The lancett. T.* 1, *London* 1828).

Les moyens chirurgicaux proposés pour enlever ou détruire les polypes utérins accessibles aux opérations, sont : la cautérisation, l'arrachement, le broiement, la torsion, la ligature et l'excision.

La cautérisation avec le fer rougi au feu conseillée par *Hippocrate* (1) pour détruire les polypes

(1) *Hippocrate*, de morb. lib. II, p. 471, de effect. p. 517.

des fosses nasales, ainsi que les substances cathérétiques employées dans le même but par *Celse*(1), et selon *Galien* par *Philoxène*, *Antipater*, *Antonius Musa* (2), enfin par *Scribonius Largus*(3), *Aetius*(4), *Alexandre de Tralles* (5), et plusieurs autres médecins de l'antiquité, n'ont jamais été mises en usage dans le traitement des polypes utérins dont aucun de ces auteurs ne fait mention. Comme ces moyens nous paraissent devoir être aussi dangereux qu'insuffisants, surtout pour détruire les polypes fibreux, nous bornons là ce que nous avions à en dire.

Nous n'ajouterons également que peu de mots sur la torsion et l'arrachement, soit parce qu'il en a été déjà question page 772, soit aussi parce que ces moyens employés isolément ou simultanément ne conviennent pas dans les polypes fibreux, mais seulement pour les polypes vésiculeux et cellulo-vasculaires, qui sont peu volumineux, de consistance molle, et ayant un pédicule mince et très friable. Nous ajouterons seulement que cette méthode employée avec succès par *Boudon* (6), MM. *Récamier*

(1) Lib. VI. cap. VIII. Tome II, p. 61.

(2) Galen. de compos. med. sec. loca lib. III.

(3) De compos. med. cap. 9 col. 201. coll. stephan.

(4) Tetrabibl. II. Serm. 2, cap. 92.

(5) Lib. III. cap. 8, p, 206, traduct. *J. Gauthier d'Andernac* 1549.

(6) *Levret* (loc. cit.) rapporte que *Boudon*, après avoir vainement tenté de lier un polype gros comme une balle à jouer

Lisfranc et quelques autres praticiens de notre époque, n'a été conseillée par *Dionis*, *Heister* que pour les polypes des fosses nasales, et non pour les polypes fibreux de la matrice comme presque tous les auteurs modernes le répètent.

Le broiement a été mis en usage par M. *Récamier*, qui n'ayant pu ni lier, ni exciser un polype, le broya avec des pinces érignes et les doigts. Dans un autre cas il divisa la tumeur en la pressant avec l'indicateur de la main droite et parvint ainsi à la réduire en pulpe et à l'extraire en moins de deux minutes. Enfin dans une autre circonstance cet excellent praticien, et le professeur *Dupuytren*, employèrent le broiement combiné avec l'arrachement et procédèrent comme s'ils avaient opéré un polype des fosses nasales. Cette dernière méthode nous paraît préférable aux deux précédentes, et devoir être employée dans quelques cas particuliers qui ne permettent pas qu'on ait recours à la ligature ou à la section du pédicule.

La ligature des polypes utérins a été, ainsi que

et implanté au fond de l'utérus, le tordit avec le doigt et en fit ainsi l'extirpation.

[a] *Lapeyronie* parle aussi d'un polype arraché de la même manière par une sage-femme. La malade âgée de 60 ans guérit très bien, quoique l'arrachement de la tumeur fût fait dans le de but réduire un prolapsus de la matrice avec lequel on l'avait confondue.

l'excision, conseillée par *Philotenus* (loc cit.) qui d'aprés les recherches historiques que nous avons faites, est le seul auteur ancien qui en ait parlé. Si les livres Hippocratiques (1) et ceux des Arabes (2) en font mention, c'est seulement pour le traitement des polypes des fosses nasales; la ligature mise en usage seulement dans ce cas, fut perfectionnée plusieurs siècles après par *Gabriel Fallope* (3), mais c'est à *Levret* qu'est due réellemént la gloire d'avoir employé ce moyen à la cure des tumeurs polypeuses de la matrice, et d'avoir inventé en 1742 des instruments ingénieux pour en faire l'application. *Herbiniaux*, chirurgien de Bruxelles, ne se contenta pas comme *Levret* d'appliquer la ligature sur des polypes descendus dans le vagin, mais il prescrivit positivemen d'en faire l'application même aux polypes intra-utérins. Plusieurs autres chirurgiens parmi lesquels sont : *Theden, Lecat, David*, de Rouen, *Brasdor, Desault, Nisten, Clarcke, Laugier, Læffler, Cullerier, Bouchet*, de Lyon, *Mayor*, de Lauzanne, *P. Dubois* et plusieurs autres cités dans le traité de M. *Meïsner*, ont également inventé des instruments pour lier les polypes utérins. Comme ceux de *Desault* sont généralement employés par les praticiens de notre époque, et que d'ailleurs ils sont applicables

(1) Hippocrat. de morb. lib. III.
(2) *Albucasis*. Medendi. méthod chirurg. lib. II, sect. 24.
(3) Opera omnia T. II. p. 298.

dans tous les cas, nous allons nous borner à décrire le procédé de cet illustre chirurgien.

Les instruments de *Desault* sont au nombre de trois; 1° une *pince porte-nœud*, qui est une tige d'acier bifurquée dont les branches terminées par deux demi-anneaux, peuvent, en se rapprochant, former un anneau complet; cette tige est logée dans une canule d'argent, au moyen de laquelle on peut unir ou séparer les deux branches de la tige d'acier, en la poussant vers sa bifurcation ou en sens inverse. Cette dernière partie de l'instrument offre deux pouces de longueur de plus que la canule qui elle-même en a cinq ou six et présente une échancrure à son autre extrémité; 2° une *canule porte-nœud*, longue d'environ sept pouces; légèrement recourbée, pour s'adapter à la convexité du polype et portant deux anneaux à une de ses extrémités, tandis que l'autre se termine en lame; 3° un *serre-nœud*, qui consiste dans une tige d'acier ou d'argent d'une longueur variable, présentant à un de ses bouts un anneau fixé à angle droit, et à l'autre, qui est aplati, une échancrure longitudinale qui doit recevoir la ligature. Quand on veut employer ces instruments, on les dispose de la manière suivante : d'abord, on pousse la canule de la pince porte-nœud de telle sorte que ses demi-anneaux forment un anneau complet; on y passe un des chefs d'une ligature faite avec un fil ciré assez fort et long de deux pieds, puis on fixe

l'extrémité de ce chef à l'échancrure de la tige d'acier, enfin on passe également l'autre extrémité du fil restée libre dans la canule du porte-nœud et on l'arrête à un de ses anneaux. Avant de procéder à l'opération on doit se munir encore d'un *speculum uteri* brisé, de petites éponges fines, de plusieurs serviettes, d'huile d'olive, de plusieurs ligatures; tout étant préparé et disposé comme nous venons de l'indiquer, on procède à l'opération, ainsi qu'il suit :

Après avoir fait coucher la malade sur son lit comme pour l'application du spéculum et s'être assuré de nouveau par le toucher et la vue, de la position du polype, le chirurgien, faisant maintenir par des aides les cuisses écartées ainsi que les grandes et les petites lèvres; introduit la pince et la canule porte-nœud exactement rapprochées et parallèles, entre la paroi du vagin et la tumeur, ou, s'il le faut, entre celle-ci et la paroi de la matrice; arrivé au point le plus élevé du pédicule, il dégage le bout de la ligature fixé à l'anneau de la canule qu'il saisit de la main droite, pendant que la gauche maintient immobile et en place la pince porte-nœud. Après cela, il fait parcourir, avec la plus grande précaution, par l'extrémité utérine de la canule, toute la circonférence du pédicule de manière à envelopper ce dernier et à rejoindre la pince qu'il avait laissée immobile. Changeant de mains les deux porte-nœuds, la canule est conduite alors par la main gauche en dehors de la

pince, d'où il résulte que les deux chefs se trouvent croisés de telle sorte que celui de la canule étant retenu par l'autre, on peut retirer cette canule sans avoir à craindre de déranger l'anse du fil. Enfin, après avoir dénoué le chef qui était attaché à la pince, on le réunit au premier, pour les engager ensemble dans l'ouverture du serre-nœud que l'on pousse jusqu'au pédicule, en même temps qu'on tire sur les deux fils afin de rétrécir de plus en plus l'anse de la ligature et de serrer graduellement le polype; lorsqu'on juge que la constriction est suffisante, on fixe les deux bouts de fil réunis à l'échancrure du serre-nœud, afin de les empêcher de se relâcher; cela étant fait, on termine l'opération en fixant le serre-nœud au moyen d'une bande à l'une des cuisses de la malade.

Pour placer encore plus facilement la ligature, et surtout pour n'employer qu'un seul instrument, nous avons imaginé une pince porte-nœud à laquelle nous avons donné le nom de *polypodeon* (1), qui est composée de deux lames de huit pouces de longueur et montées comme celles des pinces ordinaires à disséquer, mais qui en diffèrent par leur extrémité très large et en forme de cuillère, et par un coulant destiné à les rapprocher au moyen d'une tige qui est logée entre elles. Cette tige, qui sert aussi à faire

(1) Du grec πολυπους, *polype*, et δεων, participe présent du verbe δεω, je lie.

avancer entre les deux lames un porte-nœud destiné à porter au-delà des mors, ou extrémité utérine de l'instrument, une anse de fil résultant d'un nœud simple qu'on a fixé sur la pince, comme on le voit dans la figure 1e, et dont on a fait passer les chefs de dedans en dehors dans les trous et au devant des petites poulies qui se trouvent à l'extrémité des tiges du porte-nœud. Tout étant disposé comme nous venons de le dire (voyez les planches à la fin du volume,) on portera les mors de la pince sur le polype et en poussant la tige centrale par son anneau, la tumeur se trouvera saisie en même temps que le nœud sera porté en avant sur le pédicule. Si la tumeur était trop volumineuse, on faciliterait le transport du nœud, en tirant séparément et alternativement les deux chefs de la ligature jusqu'à ce qu'elle soit parvenue sur le pédicule, c'est-à-dire sur le point où l'on veut la fixer. Quand on aura obtenu ce résultat, ce qui est ordinairement très facile, on tirera alors à soi et simultanément les deux bouts de fils de manière à serrer un peu le pédicule du polype, puis en ramenant dans le même sens la tige centrale qui fait mouvoir le porte-nœud et les branches de la pince, l'instrument entier alors complétement ouvert, sera retiré en laissant la tumeur liée.

Afin de compléter la constriction nous nous servons d'un instrument composé d'un nombre plus ou moins considérable de petits tubes, creux dans

le sens de leur longueur qui est de huit à dix lignes. Pour employer ce constricteur brisé, nous tordons d'abord les deux extrémités de la ligature réunies en un seul cordon, puis après les avoir engagées à travers l'ouverture longitudinale de chaque partie mobile de l'instrument, nous allons les fixer à un petit tourniquet qui nous permet de serrer plus ou moins la ligature. Afin de passer plus vite les deux fils réunis, on peut se servir d'une longue aiguille à œil large, d'un passe-lacet, ou simplement d'un bout de fil de fer dont on tordrait une des extrémités de manière à en faire un crochet à branches parallèles, c'est-à-dire une sorte de chas.

Cet instrument que nous avons fait fabriquer il y a 10 ans et dont nous pensions avoir eu seul l'idée première a beaucoup d'analogie avec celui qu'un riche habitant de Cologne nommé *Roderick* avait inventé pour lier un polype nasal, dont plusieurs chirurgiens de Bruxelles, même le célèbre *Levret* n'avaient pu le débarrasser. Ce serre-nœud en chapelet que son auteur employa sur lui-même avec succès, est absolument semblable à celui que M. *Mayor* de Lausanne, croit avoir aussi inventé pour le même usage, il y a quelques années. Le constricteur en chapelet de M. *Bouchet* de Lyon, et celui de M. *Levanier* de Cherbourg, sont également à peu près semblables à celui de *Roderick*, dont on peut voir un dessin dans la 87e planche, figure 9 de la partie chirurgi-

cale de l'Encylopédie méthodique rédigée par de *Laroche* et *Petit-Radel*, 1790.

De quelque manière qu'on ait pratiqué la ligature, on doit ne la serrer d'abord que modérément, afin d'éviter les accidents fâcheux qu'une constriction trop forte ne manquerait pas de produire. On serrera ensuite graduellement de manière à interrompre les communications vasculaires qui existent entre le polype et la matrice, et à déterminer ainsi la séparation de la tumeur. Cette séparation s'opère au point même où est appliquée la ligature et non à l'endroit de l'insertion du pédicule sur la matrice, ainsi que le pensait *Levret* (1). Ce célèbre praticien, et après lui *Segard* (2) *Gardien* (3), M. *Gensoul* (4) chirurgien très distingué de Lyon, ont soutenu cette opinion, que les polypes, de même que le cordon ombilical après la naissance, se détachaient à leur point d'origine, quelque fût le lieu où l'on eût appliqué la ligature. Quoique cette doctrine qui d'ailleurs a été appuyée sur plusieurs observations publiées par *Levret*, *Segard* et M. *Gensoul*, n'offre rien de contraire aux lois de l'organisme, *Boyer* et *Dupuytren* dont les opinions chirurgicales sont d'un si grand poids, la regardent comme dangereuse et seulement admissible dans le cas où la ligature serait

(1) Journ. Méd. T. XXXII, p. 536.

(1) Dissertation, inaug. an 12. Paris.

(2(Traité d'accouchement, etc. t. I, p. 460

placée très près du point d'insertion. Si la partie se trouvant au-dessous de la ligature tombe, celle qui est au-dessus continue souvent de vivre, de s'accroître et même de reproduire la tumeur.

Lorsque le pédicule est très grêle, il arrive quelquefois que la ligature le coupe à l'instant même où elle est appliquée, mais le plus ordinairement, ce n'est qu'après cinq à six jours que la chute du polype a lieu. Dans un cas rapporté par *Leblanc*, la séparation de la tumeur se fit attendre près de trois mois. Quoi qu'il en soit, s'il se manifestait une douleur violente et accompagnée d'insomnie, d'agitations, de gonflement du ventre, et de fièvre intense, il faudrait se hâter de relâcher la ligature, et ne la resserrer ou même ne l'appliquer de nouveau, si on avait été obligé de l'enlever tout-à-fait, que lorsque les accidents auraient de nouveau disparu, soit par le fait seul du relâchement du fil, soit sous l'influence des bains, des injections, des applications émollientes, et même des saignées générales et locales, s'il était survenu des symptômes inflammatoires, qui aient nécessité leur emploi. On a vu la ligature d'un polype être suivie de l'inflammation de la matrice, et du péritoine, à laquelle les malades ont presque toujours succombé.

Quand le pédicule est dur et volumineux, les premiers degrés de constriction qui sont en général très douloureux, n'interrompent pas de suite les

communications vasculaires, entre la matrice et la tumeur. Cette dernière se gonfle, devient violette ou noirâtre; les vaisseaux superficiels, distendus par le sang, se rompent et donnent naissance à des hémorrhagies auxquelles succèdent des écoulements horriblement fétides et qui par leur contact, irritent les parties génitales et peuvent même s'il s'en fait une résorption, déterminer une fièvre du plus mauvais caractère. Pour éviter ou du moins pour diminuer le fâcheux inconvénient de la ligature, il faut avoir la précaution de recourir fréquemment aux injections émollientes, puis aux injections de quinquina ou encore mieux à celles de chlorure d'oxide de sodium étendu d'eau. Si ces moyens ne diminuaient pas les symptômes, si surtout dans ce cas le pédicule pouvait être facilement atteint ou si à l'aide de tractions modérées il était possible d'attirer la tumeur, on devrait sans hésiter, exciser avec un bistouri boutonné ou des ciseaux, toute la masse comprise au-dessous de la ligature.

Après la séparation du polype qui est annoncée par la chute spontanée du serre-nœud et de la ligature *intacte*, il continue à se faire pendant quelque temps un suintement purulent qui cède à l'usage des bains généraux et à des soins de propreté. Dans quelques cas cependant les accidents nerveux, les vomissements, les douleurs et les symptômes inflammatoires qui accompagnent souvent la ligature, con-

tinuent de se manifester en partie après l'ablation de la tumeur. Malgré les inconvénients que nous avons signalés comme pouvant être déterminés par l'emploi de la ligature, nous pensons avec les docteurs *Siebold* et *Mayer* de Berlin, qu'on doit y avoir recours, 1° lorsqu'on sent les pulsations d'une artère dans l'épaisseur du corps de la tumeur, 2° lorsque le pédicule est assez épais pour qu'on ait lieu de craindre qu'il renferme quelques gros vaisseaux ; mais dans ce dernier cas nous sommes d'avis qu'il faudrait exciser le pédicule au-dessous de la ligature ; si cette dernière tardait trop à opérer la séparation du polype on déterminerait les accidents dont nous avons parlé ; enfin nous regardons la ligature comme devant être appliquée de préférence, lorsque la résection du pédicule paraîtra trop difficile, ou dans les cas où la femme serait trop affaiblie et exsangue, au point qu'on ait à redouter le moindre écoulement de sang. Il est bon de dire que l'emploi du spéculum, est d'un grand secours dans la plupart des opérations qu'exigent les polypes utérins.

En se fondant sur les inconvénients graves de la ligature et sur les accidents redoutables dont elle est quelquefois suivie, M. *Dupuytren* et la plupart des praticiens modernes, préfèrent à ce moyen la section du pédicule de la tumeur avec l'instrument tranchant. Cette préférence donnée à l'excision comme méthode générale, est complétement justifiée par

la disposition anatomique des polypes fibreux; en effet, M. *Hervez de Chégoin* (loc. cit.) a prouvé d'une manière irrécusable que le pédicule de ces tumeurs est formé aux dépens d'une couche plus ou moins épaisse de la substance même de la matrice, et que c'est sur cette couche musculaire évidemment fournie par l'organe gestateur, qu'est ordinairement appliquée la ligature dont la construction fait naître les accidents que nous avons signalés. On conçoit facilement d'après cela, que si la section du pédicule, quoique portant également sur le tissu de l'utérus, ne donne pas lieu aux mêmes symptômes, c'est parce que l'instrument tranchant, au lieu d'agir d'une manière lente, continue et irritante, comme la ligature, a au contraire une action prompte et instantanée, et ne produit qu'une plaie simple qui ne doit inspirer aucune crainte, si surtout on réfléchit aux nombreuses amputations du col utérin qui ont été faites sans accidents immédiats.

L'excision des polypes de la matrice est d'une exécution aussi simple que facile; cette opération qui fut adoptée exclusivement par *Dupuytren*, et qui avait été conseillée par *Philotenus*, *Moschion*, (de mulier.aff.) et employée avec succès, suivant *Levret*, par *Tulpius*, *Vater* et *Frouton*, se pratique de la manière suivante : après avoir fait placer la malade comme nous l'avons indiqué en parlant de la ligature, le chirurgien introduit un spéculum brisé pour reconnaître la

tumeur et la saisir plus facilement avec des pinces de Muzeux, puis il tâche de l'abaisser peu à peu par des tractions légères et ménagées, en recommandant à la femme de pousser comme si elle accouchait. Lorsque le pédicule du polype est devenu accessible, la section en est faite, soit avec des ciseaux courbés sur leur plat, soit et encore mieux avec un long bistouri boutonné et légèrement courbé sur son plat et sur son tranchant. Si la tumeur était molle et se déchirait facilement, on pourrait, à l'exemple de M. *Lisfranc*, saisir le col lui-même, et abaisser l'utérus jusqu'à ce que par cette manœuvre on puisse achever l'opération.

Dans le but de saisir solidement et d'abaisser facilement les tumeurs polypeuses sans avoir besoin, ainsi que le conseillent MM. *Dupuytren* et *Lisfranc*, d'employer deux pinces de Muzeux à la fois qui sont incommodes, et qui en s'échappant peuvent déchirer le vagin, ou comme l'ont fait *Herbiniaux* et depuis lui MM. *Deneux*, *Murat*, *Lobstein*, *Hervez de Chégoin*, *Velpeau* et quelques autres, de recourir à l'emploi du forceps, qui souvent est difficile à appliquer et qui a l'inconvénient de lâcher les polypes peu volumineux, nous nous servons de notre quadruple érigne appelée *utéroceps*, qui saisit circulairement la tumeur et qui offre de plus l'avantage de ne jamais gêner ni masquer les manœuvres, puisque la main qui tient l'instrument reste toujours placée vis-à-vis le périnée.

Lorsque le polype résiste aux tractions opérées méthodiquement, loin de le laisser remonter, nous le faisons maintenir au même point, en confiant la quadruple érigne à un aide. Alors en longeant la face supérieure et convexe de la tumeur, nous portons dans le vagin, avec la main droite, notre bistouri boutonné et légèrement courbé sur son plat et sur son tranchant, de manière à aller diviser le pédicule dans sa partie la plus rétrécie, en conduisant avec le doigt indicateur de la main gauche, la marche de l'instrument.

Quand le polype est peu volumineux nous le mettons d'abord à découvert au moyen du *speculum uteri*, puis après l'avoir saisi avec notre pince, nous retirons le spéculum et nous excisons la tumeur suffisamment abaissée. Pour éviter des douleurs à la femme et pour achever beaucoup plus vite l'opération, on pourrait dans ce cas couper le pédicule avec le couteau monté en fer de faulx que nous employons pour exciser, au fond du spéculum, les petites végétations fongueuses siégeant sur le museau de tanche.

Si la tumeur était volumineuse au point de ne pouvoir franchir la vulve, ce qui est extrêmement rare, il faudrait augmenter son ouverture en incisant la membrane périnéale désignée sous le nom de fourchette. On pourrait également, à l'exemple de *Béclard* (1), fendre verticalement la tumeur pour

(1) Académie de Médecine, 27 Janvier, 1825. *M. Chassagnac* a enlevé dans le même cas et avec succès un large fragment, en forme de coin, d'un polype fibreux.

en exciser les deux moitiés l'une après l'autre. Enfin si le pédicule était encore caché dans la cavité utérine, on pourrait tenter le demi renversement conseillé par *Baudelocque*, parce qu'il est prouvé que cette inversion partielle de l'utérus, n'ayant lieu que pendant peu d'instants, ne présente d'autre inconvénient que d'être très difficile ou même impossible chez les vierges et chez les femmes qui n'ont point eu d'enfants. Dans ce cas on pourrait recourir à la ligature, ou débrider le col avec l'instrument tranchant, comme l'ont pratiqué *Dupuytren* et M. *Hervez de Chégoin*. Le premier de ces praticiens, dans deux circonstances de ce genre, ayant incisé le col de la matrice en arrière et sur les côtés, les tumeurs polypeuses furent extraites facilement et le succès fut complet dans les deux opérations (1).

Dans le cas où le polype utérin aurait contracté des adhérences avec le vagin, on devrait avant de l'abaisser et d'en exciser le pédicule, détacher peu à peu la tumeur des parois vaginales, avec des ciseaux courbés sur leur plat (2). Enfin, si la tumeur poly-

(1) Revue médicale, tome II, p. 382. 1829. et nouvelle élém. de patholog. méd. chirurg. de MM. *Roche* et *Sanson*.

(2) M. *Bérard* (dissert. sur plusieurs points d'anat. path., 14 Février 1826) cite l'histoire d'un polype qui avait une insertion primitive au fond de la matrice et qui, ayant contracté des adhérences avec la paroi postérieure du vagin, y était uni comme par un second pédicule. M. le professeur *Alibert* nous a dit avoir vu une femme chez laquelle une double tumeur, qui s'était développée dans la cloison recto-

peuse n'était séparée du tissu qui lui donne naissance que par une rainure plus ou moins profonde ou par un pédicule extrêmement court et à base large, on ne devrait pas pour cela renoncer à l'opération; mais, de même que si on ne pouvait atteindre le pédicule ordinaire, il faudrait comme l'a pratiqué avec succès M. *Lisfranc*, enlever le plus possible de la tumeur, parce que plusieurs faits ont prouvé que la portion qui reste se détache le plus souvent ou tombe en suppuration. On pourrait également, à l'exemple de M. *Récamier*, diviser par une incision longitudinale la couche de tissu musculaire qui enveloppe la production fibreuse pathologique, afin de pouvoir ensuite détacher cette dernière avec les doigts ou le manche d'un scalpel comme on sépare un noyeau de fruit de l'enveloppe qui le recouvre. Les lambeaux membraneux et irréguliers qui résultent de cette énucléation, se retractent et se cicatrisent en revenant sur eux-mêmes, ou sont en partie détruits par la suppuration. Il est bon de dire que lorsque les polypes fibreux ont contracté des adhérences avec la membrane musculaire qui leur sert d'enveloppe, il y a presque toujours communication de vaisseaux, d'où il résulte que la tumeur dont on n'aurait pu faire qu'une excision partielle, continue souvent de vivre et réclame alors

vaginale sortait d'une part par l'anus et de l'autre par la vulve; les deux parties s'étant enflammées, s'agglutinèrent de manière à renfermer le périnée dans une espèce d'anneau.

une nouvelle opération, ainsi que plusieurs auteurs, entr'autres *Herbiniaux*, MM. *Récamier et Lisfranc* en ont rapporté des exemples.

Les craintes de l'hémorrhagie qui avaient fait rejeter l'excision des polypes et préférer toujours la ligature, ne sont en quelque sorte justifiées que par l'exemple cité par *Zacutus Luzitanus* (1), mort à Amsterdam en 1642. Ce célèbre médecin portugais qui par crainte de l'inquisition, vint s'établir en Hollande, rapporte qu'un empirique ayant enlevé par la rescision un polype de la grosseur d'une amande, vit mourir sa malade à la suite d'une hémorrhagie considérable qui en fut le résultat. Quoi qu'il en soit, nous devons dire que ce fâcheux accident ne s'est jamais manifesté dans les cas nombreux de résections pratiquées par *Dupuytren*. Une fois seulement l'écoulement de sang exigea quelques soins particuliers. Le fait rapporté par *Herbiniaux*, celui de *Boyer*, tous ceux aussi concluants de MM. *Siebold*, *Mayer*, *Lisfranc*, *Hervez de Chégoin*, *Villeneuve*, *Velpeau*, *Lejeune*, et une foule d'opérations du même genre qui ont toutes été exemptes d'hémorrhagies consécutives, prouvent combien sont exagérées les craintes qu'on avait eues sur cet accident. D'ailleurs si une écoulement sanguin inquiétant survenait, on pourrait lui opposer les injections astrin-

(1) Praxis Médica admirand. lib. 2. observ. 86. Lyon 1649.

gentes, les lotions froides sur les cuisses et sur l'hypogastre, enfin le tamponnement avec des bourdonnets de charpie trempés dans un liquide styptique, ou saupoudré de colophane et à son défaut de cendre ordinaire.

Si l'on compare la ligature à l'excision, l'avantage reste à cette dernière; en effet, quand d'une part on pense que l'ablation au moyen de l'instrument tranchant est peu douloureuse, que la femme est promptement débarrassée, et que les craintes de l'hémorrhagie sont à peu près chimériques (1); quand d'autre part on considère que la ligature détermine de vives douleurs, que la chute du polype exige souvent un temps assez long, qu'il faut tous les jours resserrer les liens, visiter et examiner la malade, enfin qu'il peut résulter de la constriction une inflammation mortelle, et surtout des phénomènes nerveux et adynamiques résultant de la putréfaction du polype et de la résorption des écoulements fétides; quand on considère, disons-nous, les inconvénients et les avantages de ces deux moyens chirurgicaux, on ne doit pas hésiter à regarder l'excision comme une méthode générale, et la ligature et les autres moyens comme des méthodes exceptionnelles. Nous

(1) La ligature peut, dans quelques cas, être suivie d'hémorrhagie, car M. *Monfalcon* dit (Dict. sc. méd.) «que M. *Dubois* a eu le malheur de perdre *plusieurs fois* par une hémorrhagie foudroyante, des femmes qu'il avait délivrées de polypes utérins, par la *ligature*.

ajouterons pour terminer qu'elles doivent toutes être rejetées, lorsque la tumeur est complétement renfermée dans la matrice, quand on a la certitude qu'elle n'est pas seule, enfin, lorsqu'on a constaté qu'il en existe d'autres, dans des points de l'organe hors de la portée des moyens chirurgicaux.

Les soins que réclament les malades après l'opération consistent dans des injections d'abord émollientes, puis détersives et légèrement toniques; s'il survenait des accidents inflammatoires, et surtout si la femme était pléthorique, on devrait recourir aux saignées générales employées avec ménagement, et à tous les moyens antiphlogistiques généraux et locaux. Nous dirons même, que *Dupuytren* pour prévenir les irritations et les inflammations qui surviennent souvent après la guérison des polypes utérins, avait établi en précepte, de pratiquer de temps en temps et de loin en loin, des petites saignées aux malades débarrassées de tumeurs polypeuses, qui avaient été depuis long-temps tourmentées par des pertes de sang et qui s'en étaient trouvées tout à coup débarrassées par l'opération.

Il nous reste à parler des polypes de la vulve et du vagin; les premiers sont si faciles à reconnaître et leur traitement est si simple qu'il suffit d'indiquer la la possibilité de leur développement. Les seconds qui ont la plus grande analogie avec ceux de la matrice, mais qui sont moins souvent fibreux que ceux

de cet organe, se distinguent facilement au moyen du toucher qui permet de constater que le museau de tanche et toute la surface du col sont complètement libres et n'ont aucune connexion avec la tumeur polypeuse. L'erreur est tout à fait impossible, lorsqu'on peut atteindre le pédicule et reconnaître que le véritable siége de son insertion a lieu sur un des points des parois vaginales. Nous nous bornerons à dire que les polypes du vagin occasionnent des hémorrhagies moins fréquentes que celles de l'utérus, et que le traitement chirurgical qui leur convient le plus généralement, est la ligature qu'il est très facile d'appliquer avec le seul secours de notre constricteur brisé ; dans le cas où la tumeur serait située profondément, on la mettrait à découvert avec le *speculum uteri* en ayant soin de la loger dans l'écartement d'une des branches de cet instrument.

DE L'INFLAMMATION DES OVAIRES ET DES TROMPES.

De toutes les affections auxquelles les ovaires et les trompes sont exposés, la plus commune est sans contredit, leur inflammation désignée sous les noms d'*ovarite* ou *oophorite*. Quoique ces organes participent plus ou moins aux phlegmasies du tissu de l'utérus, il arrive cependant qu'ils peuvent être isolément attaqués d'inflammation soit à l'état aigu, soit à l'état subaigu et chronique. Mais comme les

ligaments utérins, les trompes et les ovaires sont unis immédiatement et que d'ailleurs ils sont situés profondément dans l'abdomen, les signes de leur inflammation sont communs, parce qu'il est à peu près impossible de distinguer laquelle de ces parties est plus spécialement le siége du mal. Nous ajouterons encore que l'existence de la lésion reste ordinairement méconnue, tant que le développement morbide de ces annexes de la matrice n'est pas assez considérable pour être senti à travers les parois de l'abdomen.

L'inflammation aiguë des ovaires, qu'on observe surtout chez les femmes jeunes, est le plus souvent le résultat d'un accouchement laborieux, d'une suppression de lochies, d'une métrite puerpérale aiguë et principalement de l'inflammation de la portion du péritoine qui revêt l'organe gestateur.

Les causes qu'on a regardées, comme pouvant produire cette affection indépendamment des circonstances de l'accouchement sont : un coup, une chute, une blessure et une contusion sur la région iliaque, la surexcitation nerveuse et toutes les irritations qui sont le résultat d'actes érotiques, enfin toutes les causes qui peuvent déterminer la métrite, telle qu'un refroidissement subit, la suppression des règles ou une menstruation douloureuse, pénible et incomplète, l'abus des emménagogues, l'usage des abortifs et des substances très excitantes dites aphrodisiaques.

Les symptômes de l'inflammation des ovaires sont : une sensation de chaleur et une douleur pongitive dans un des côtés de l'excavation pelvienne, le toucher et même la vue y font découvrir une tuméfaction arrondie, rénitente et très sensible à la pression. Le gonflement et la tension se propagent à la totalité de l'abdomen, et presque toujours la douleur s'irradie vers les lombes et s'étend jusque sur les cuisses qui souvent sont aussi le siége d'un sentiment de torpeur et de lassitude extrêmes. Le bas-ventre, qui quelquefois est assez souple au toucher et qui peut rester tel pendant toute la durée de la maladie, devient de plus en plus sensible à mesure que le mal fait des progrès, et souvent la palpation la plus légère détermine des contractions spasmodiques de la face et des mouvements convulsifs des membres abdominaux. Lorsque les deux ovaires sont affectés simultanément, ce qui est le plus ordinaire, il en résulte deux tumeurs qui sont d'abord distinctes, mais qui se rapprochent de plus en plus et finissent souvent par se confondre sur la ligne médiane. A ces symptômes locaux viennent se joindre la fréquence du pouls, la chaleur et la sécheresse de la peau, une soif ardente, un dégoût extrême, une grande agitation, l'expulsion difficile et douloureuse de l'urine et des matières fécales, enfin des nausées et des vomissements qui prouvent que l'estomac partage sympathiquement la phlegmasie ovarique. Nous devons

dire que tous les symptômes généraux résultant de cette affection, varient non seulement en raison des dispositions individuelles, mais encore en raison de l'intensité du mal, et de ses complications avec la métrite et la péritonite qui coexistent si souvent avec l'ovarite aiguë, surtout avec l'ovarite puerpérale.

La marche de cette affection à l'état aigu, est à peu près la même que celle de l'inflammation aiguë du tissu propre de la matrice. Elle peut se terminer par résolution du huitième au onzième jour; dans ce cas les règles reparaissent, les lochies augmentent, la douleur et les symptômes locaux et généraux diminuent graduellement, la tumeur simple ou double s'affaisse peu à peu, et finit par disparaître tout à fait. L'ovarite aiguë peut aussi devenir promptement mortelle, surtout lorsqu'elle se complique avec la métro-péritonite puerpérale, qui est elle-même si fréquemment funeste. Cette affection peut aussi se terminer par suppuration du douzième au quatorzième jour; cette terminaison s'annonce par des alternatives de frissons et de chaleur, la souplesse du pouls, l'augmentation des douleurs pulsatives coïncidant avec la diminution des symptômes généraux. Lorsqu'il en est ainsi, le pus se fraie une issue par des voies très diverses; on l'a vu quelquefois pénétrer dans la cavité péritonéale et déterminer une péritonite qui presque toujours entraîne rapidement les

malades au tombeau. Nous avons été à même d'observer un cas de ce genre à la clinique de *Dupuytren*; *Seymour* (1) en a rapporté également un exemple, et M. *Andral* parle d'après *Brehm* (Dic. de Méd. 21 vol., t. 16.) d'une fille qui, après avoir eu pendant quatorze jours une vive douleur dans le côté droit du bassin, fut prise au bout de quelque temps de tous les symptômes d'une péritonite qui fut promptement funeste. Outre les traces de l'inflammation péritonéale, l'autopsie permit de constater que le pus dont l'ovaire droit était imprégné, se répandait à travers deux larges fentes dans la cavité abdominale. Dans quelques cas, l'inflammation produite par la collection purulente peut agir d'une manière salutaire en donnant naissance à des adhérences qui, empêchant le pus de s'étendre, lui permettent de se diriger au dehors ou de concourir à la formation d'une tumeur enkystée. Le plus souvent le foyer purulent se dirige vers le colon ou le rectum et se fait jour à travers ces intestins d'où le pus s'échappe par l'anus. Des faits de ce genre ont été rapportés par madame *Boivin* (2), MM. *Nauche* (3), *Dugès* (4), *Martin Solon* (5), et quelques autres praticiens.

(1) Illustration of the principal diseases of the ovaria, page 40.

(2) Recherches sur une des causes de l'avortement. 1828.

(3) Des Maladies propres aux femmes, p. 375.

(4) Maladies de l'utérus, t. II. p. 572.

(5) Dict. de Méd. et chirurg. prat. tome XII, page 416.

Le fluide purulent peut égalcment s'écouler par la vulve, soit qu'il ait pu s'ouvrir unc issuc à travers les parois du vagin, soit qu'il ait été transporté dans ce canal, cn traversant la trompc et la cavité de la matrice (1). On a vu aussi lc pus se porter vers la région iliaque et l'abcès s'ouvrir vers ce point de l'abdomen; enfin dans quelques cas le liquide même s'étant frayé une communication avec la vessie, s'échappait par le canal de l'urètre, ainsi que MM. *Murat*, *Andral* et *Dugès* en citent des exemples. Enfin il arrivc quelqucfois que l'ovarite aiguë présente dcs accidents de gangrène, mais plus souvent elle sc terminc en passant à l'état chronique, qui est annoncé par une diminution bien marquée de tous les symptômes ; dans ce cas, il peut arriver quc l'engorgement de l'ovairc se dissipe après avoir persisté plus ou moins long-temps, ou bien, ce qui a lieu beaucoup plus souvent, que l'inflammation chronique sc prolonge indéfiniment ct que l'ovaire passe à l'état d'induration, de squirrhe ou de cancer, ou subissc diverses altérations dont nous nous occupe-

(1) Dans la cinquième observation des mémoires de l'Académie des sciences de l'année 1700, il est question d'une religieuse qui n'avait jamais été réglée et chez laquelle on constata par l'autopsie qu'un abcès de l'ovaire se vidait dans le vagin par la trompe et l'utérus. *Laumonier* (mémoires de la société royale de médecine, 1782, p. 300) rapporte une observation à peu près semblable.

rons bientôt et dont les symptômes varient en raison de leur nature. Toutefois, nous devons dire que si les diverses lésions vitales auxquelles les ovaires se trouvent exposés, sont presque toujours le résultat d'une phlegmasie aiguë ou chronique, elles peuvent dans quelques cas se produire et s'accroître sans aucun signe appréciable de phlegmasie.

Le diagnostic de l'ovarite offre le plus souvent beaucoup d'obscurité; si on la distingue de la métrite et de la cystite par le lieu qu'elle occupe, on peut facilement la confondre avec l'inflammation des parties qui se trouvent sur les côtés de la matrice, et surtout avec celle du tissu cellulaire dont cette région est abondamment pourvue. L'ovarite peut aussi être facilement confondue avec l'inflammation de la trompe, dont elle ne se distingue pendant la vie que par l'absence d'une tumeur arrondie sur l'un des côtés de l'excavation du bassin. Heureusement que dans ces différents cas une erreur de diagnostic ne peut avoir de conséquences funestes, car le traitement indiqué pour l'une de ces phlegmasies convient également à toutes les autres. D'ailleurs il est rare que les ovaires et les ligaments utérins soient enflammés sans que les parties avec lesquelles ils sont en rapport ne participent au même état pathologique, ou même, comme il arrive plus souvent, ne soient précisément le point de départ de l'inflammation.

Le pronostic de l'ovarite aiguë dépend de l'étendue et de l'intensité du mal ; elle est d'autant plus grave qu'elle coexiste avec la métrite et la péritonite puerpérales, et qu'elle s'est développée, comme ces dernières maladies, sous une influence épidémique. L'ovarite chronique guérit rarement; presque toujours elle passe à l'état d'induration squirrheuse, qui souvent n'empêche pas les malades de fournir une longue carrière.

Caractères anatomiques. A l'état aigu, on trouve les ovaires tuméfiés, rouges et plus ou moins injectés de sang, leurs vésicules sont toujours plus grosses qu'à l'état normal; quelquefois leur volume dépasse celui d'une orange, et leur tissu, qui est souvent mou, friable, se trouve dans quelques cas, infiltré d'un liquide séreux, jaunâtre et même violacé, ou présente des collections purulentes, liquides ou concrètes ; le pus peut aussi être rassemblé dans un ou plusieurs kystes de grandeur variable, et alors presque toujours l'ovaire malade a contracté des adhérences avec les parties voisines. Enfin lorsque l'affection est ancienne, l'organe qui a subi le plus souvent la dégénérescence squirrheuse, est peu injecté de sang et se trouve en quelque sorte tout à fait dépourvu de vaisseaux capillaires.

Le traitement de l'ovarite à l'état aigu consiste dans l'emploi de la saignée au bras réitérée plusieurs

fois selon la violence des symptômes et les forces de la malade : on devra recourir en même temps à des applications de sangsues sur la région inguinale correspondante au mal, on prescrira aussi l'usage des cataplasmes sur l'hypogastre, des bains, des lavements émollients et légèrement narcotiques, des boissons adoucissantes, délayantes et acidulées; enfin la diète et le repos absolu augmenteront de beaucoup l'efficacité des autres moyens antiphlogistiques.

Si la maladie se terminait par la suppuration, et qu'on sentît la fluctuation à l'aine ou dans le vagin, il faudrait ne pas se presser de donner issue au pus et attendre que des adhérences se fussent formées. Lorsqu'on voudra ouvrir le foyer purulent, il sera bon, si l'on opère à la région inguinale, d'appliquer sur le lieu d'élection un morceau de potasse caustique qui a le double avantage de déterminer des adhérences et la formation d'une escarrhe dont on incise le centre avec un bistouri. Dans le cas où la fluctuation serait manifeste dans le vagin, il faudrait ouvrir la tumeur avec un bistouri ou un trois-quarts, et favoriser ensuite la résorption du pus qui ne serait pas écoulé, en prescrivant des boissons diaphorétiques et quelques purgatifs légers. Si la maladie se terminait par la gangrène, on aurait recours aux vésicatoires, aux frictions et aux lotions camphrées à l'extérieur, conjointement à l'emploi des antiseptiques et des chlorures à l'intérieur.

Si l'ovarite était passée à l'état chronique ou avait suivi cette marche dès son début, on devrait mettre en usage les révulsifs extérieurs, tels que les vésicatoires, les cautères, les moxas, les sétons placés sur la région iliaque, les frictions faites sur le même lieu avec les pommades stibiées, mercurielles, d'hydriodate de potasse, les douches sulfureuses d'Aix en Savoie ou de Barrèges, dirigées sur les aines ou sous forme ascendante dans le vagin; enfin, les applications de sangsues en petit nombre, les topiques d'extrait de ciguë, de colchique, d'opium, les injections narcotiques, constituent à peu près toute la série de moyens externes que réclame l'ovarite chronique primitive ou consécutive. On prescrira en même temps l'usage interne des boissons sudorifiques de saponaire ou de salsepareille, le calomélas, l'aloès et la ciguë à petites doses, l'huile de ricin, les eaux minérales de Plombières, de Néris, de Luxeuil, de Bourbonne-les-Bains; enfin l'habitation dans un lieu sec et chaud, l'usage de la flanelle sur la peau, le repos absolu, puis un exercice modéré, un régime peu substantiel, une extrême sobriété sous tous les rapports ne pourront qu'augmenter l'efficacité des autres agents thérapeutiques à l'aide desquels on peut espérer sinon de guérir complétement, au moins de ralentir la marche de la maladie. On se conduirait du reste comme nous l'avons indiqué en parlant de l'ovarite aiguë, si l'on avait acquis la cer-

titude que l'organe phlogosé est devenu le siége d'une collection purulente. Cependant nous pensons que dans aucuns cas on ne doit recourir à l'extirpation de l'ovaire, ainsi que quelques auteurs le conseillent.

DE L'HYDROPISIE DE L'OVAIRE ET DES TROMPES.

L'inflammation chronique de l'ovaire peut devenir la cause de diverses altérations dont l'existence n'est ordinairement constatée d'une manière positive que par l'autopsie. Ainsi, on a trouvé dans un de ces organes des amas de poils, des portions d'os ou de dents qui, selon quelques auteurs, sont les débris d'une conception avortée, mais qui, d'après plusieurs pathologistes, peuvent être aussi le résultat d'une grossesse par inclusion, ou d'un *nisus formativus* anormal, puisque on a rencontré les mêmes débris non seulement dans toute autre partie du corps(1), mais

(1) *Gordon* a trouvé dans la cavité thoracique une tumeur qui contenait des os et des dents plongés au milieu d'une matière suifeuse. M. le professeur *Andral* en a trouvé une autre entre les lames du mésentère d'une négresse ; cette tumeur, grosse comme la tête d'un fœtus, renfermait une matière grasse au milieu de laquelle étaient des poils dont les uns paraissaient isolés et les autres réunis en touffes. Nous devons faire observer cependant que les produits anormaux dont il est question se rencontrent le plus souvent dans l'ovaire, et que dans cet organe ils sont également, comme dans tous les autres, enveloppés d'une matière stéatomateuse, ainsi que le prouvent les faits rapportés par *Portal*, *Meckel*, *Logger*, *Murat*, *Cruveilhier*, *Paul Marshall*, *Andral* et quelques autres auteurs.

même chez des hommes et chez des filles vierges encore impubères, ainsi que MM. *Baillie* (1), *Seymour* (2), *Cruveilhier* (3) et *Andral* (4) en rapportent des exemples.

Les productions anormales et enkystées dont il vient d'être question, ont été très souvent observées ; comme elles n'acquièrent jamais un grand volume, on soupçonne rarement leur existence pendant la vie ; il est probable d'ailleurs qu'elles sont beaucoup plus souvent la cause que l'effet de l'ovarite. Cette affection à l'état chronique se termine au contraire très fréquemment par des indurations squirrheuses, des amollissements encéphaloïdes, des tumeurs homogènes ou remplies d'hydatides et surtout par la formation d'une tumeur enkystée désignée sous le nom d'*hydropisie de l'ovaire* dont nous allons nous occuper.

Cette hydropisie est non seulement la plus commune des hydropisies enkystées, mais encore la maladie la plus fréquente des ovaires et une de celles auxquelles les femmes sont le plus exposées. Quoique la formation des kystes séreux qui constituent cette lésion vitale ait probablement toujours lieu de la même manière, on l'a divisée en plusieurs variétés qui

(1) Anatomie pathologique, page 319.
(2) Illustrations, etc. of Diseases of the ovaria p. 83.
(3) Essai sur l'anatomie pathol. t. II. p. 188.
(4) Précis d'Anatomie pathol. t. II.

présentent : 1° les *kystes uniloculaires*, c'est-à-dire lorsque l'ovaire est converti en une poche unique, ordinairement lisse à sa surface externe, de forme globuleuse, quelquefois multilobée ou piriforme, et pouvant, dans certains cas, acquérir des dimensions si considérables qu'elle distend les parois abdominales, à la manière d'une hydropisie ascite; 2° les *kystes multiloculaires*, qui sont formés par un plus ou moins grand nombre de cellules, communiquant toutes les unes avec les autres, ou par plusieurs groupes de loges distinctes quoique leurs parties constituantes communiquent entr'elles. Les kystes qui sont compris dans cette variété sont en général bosselés à leur surface externe. 3° Les *kystes multiples* ou ceux qui étant distincts les uns des autres, entrent néanmoins dans la composition de la tumeur. Chacun de ces kystes peut être uniloculaire ou multiloculaire. Le plus souvent il y a un kyste principal qui efface en quelque sorte tous les autres; d'où il résulte dans ce cas que la surface externe de la tumeur est unie au lieu d'être mamelonée. 4° *Les kystes aréolaires*, dans lesquels le tissu de l'ovaire est divisé en aréoles ou cellules contenant un produit particulier gélatiniforme : selon M. *Cruveilhier*, cette variété de kystes multiloculaires représente assez bien le cancer aréolaire, surtout celui de l'estomac dont elle ne diffère que par la capacité plus considérable de ses mailles.

5° *Les kystes acéphalocystes* qui acquièrent rare-

ment un aussi grand volume que les autres kystes séreux dont nous venons de parler et qui se distinguent surtout par la présence d'hydatides sur lesquelles il est inutile de revenir.

Le tissu des kystes de l'ovaire, est ordinairement fibreux et parsemé de vaisseaux sanguins : quelquefois, il est très mince ; d'autres fois il est au contraire très épais (1), et à l'aspect stéatomateux sa surface interne qui peut être lisse est le plus souvent rugueuse et inégale. Selon *Hooper*(2) et *M. Cruveilhier* (*loc. cit.*) les parois de la poche présentent dans certains cas des nodosités et des plaques cartilagineuses et même osseuses.

Le liquide contenu dans le kyste est ordinairement séreux ; il peut être limpide, filant comme de l'albumine, d'apparence gélatineuse, sanguinolent, purulent, de couleur chocolat ou de marc de café, etc.

Dans les hydropisies multiloculaires, il peut être de nature et de couleur diverses dans chaque cellule, et même subir une décomposition putride qui, ainsi que *Dehaëu* (3) l'a observé, donne naissance à des gaz dont l'issue par la canule du trois-quarts peut faire supposer une communication de la tumeur avec l'intestin.

(1) *Morand*, (Mém. de l'acad. de Méd. t. II, p. 426) parle de deux kystes vides, dont l'un pesait quatorze livres et l'autre vingt-sept.

(2) The morbid. anat. of the uterus. Pl. XX. 1832.

(3) Ratio med. t. II, p. 259.

La quantité du liquide résultant de l'hydropisie de l'ovaire offre également de grandes variations. Au début de la maladie, l'accumulation morbide de la sérosité est à peine perceptible, mais à une époque plus avancée elle peut être très considérable. *Morand* conservait un kyste ovarique qui renfermait dix pintes de liquide; le même auteur rapporte (1) que le docteur *Duret* de Vitry-le-Français, fit connaître à l'Académie en 1740, l'histoire d'une hydropisie de l'ovaire, dont le kyste contenait cinquante pintes d'eau; il avait distendu le bas-ventre à un tel point que la malade était obligée de porter ses jupes à quatre doigts de l'aisselle; enfin selon *Monro* (2), *Wepfer* et d'autres auteurs, on aurait vu le fluide séreux présenter un poids de 100 à 120 livres.

Lorsque la maladie est déjà ancienne, il est rare que les deux ovaires ne soient pas affectés à la fois; mais le mal, qui d'abord ne s'est manifesté que d'un seul côté, est toujours moins avancé et la tumeur moins considérable du côté où la lésion est survenue en dernier lieu; dans ce cas, de même que lorsqu'il y a complication de squirrhe, ou quand le même ovaire est divisé en plusieurs kystes, le ventre paraît inégal, bosselé et souvent séparé en différents

(1) Mémoires de l'acad. de chirurgie, t. II, p. 457.

(2) *Monro*. Essai sur l'hydropisie, p. 228 et J. J. *Wepfer*, observ. anat. on cadav., etc. 1658.

lobes distincts. Ces kystes multiples, qui sont peut-être plus fréquents que les kystes uniques, présentent de nombreuses variétés. Tantôt la tumeur, qui est susceptible d'acquérir un volume considérable, est divisée en deux ou trois portions toujours développées à des degrés inégaux ; tantôt au contraire le volume de chaque loge est très petit ; mais ainsi que l'ont observé MM. *Monro, Cruveilhier, Delpech* (2), *Strambio* (2), *Andral*, etc., leur peu de développement est ordinairement remplacé par leur nombre, qui est quelquefois extrêmement considérable. Nous devons ajouter que dans ces cas de kystes multiples de l ovaire, l'antérieur est presque toujours le plus volumineux, c'est-à dire que le plus gros et par conséquent le plus lourd de la tumeur s'est trouvé entraîné en avant des autres par son propre poids.

Les causes et le mode de développement de l'hydropisie des ovaires sont encore peu connus ; soit que cette affection dépende de la nouvelle formation d'un kyste, créé de toute pièce dans l'ovaire sous l'influence d'un état morbide inappréciable, ou d'un état cancéreux, comme le pensent plusieurs auteurs, entr'autres, *Ledran*, *Delpech*, (loc. cit., p. 214) ainsi que M. *Cruveilhier*, qui a comparé le kyste multiloculaire au cancer aréolaire; soit que la tumeur en-

(1) Clinique chirurgicale, tom. II. p. 193.
(2) Nouvelle Bibliothèque médicale, t. III, p. 287.

kystée se trouve être le résultat de l'accumulation plus ou moins considérable d'un liquide séreux dans une ou plusieurs vésicules ovariques, la première origine du mal doit, selon nous, être toujours rapportée à une inflammation chronique. Ce qu'il y a de plus positif sur l'étiologie de l'hydropisie des ovaires, c'est qu'elle ne se manifeste que pendant la période de la vie où les organes génitaux jouissent de toute leur activité, c'est-à-dire depuis 20 ans jusqu'à 45. Nous devons dire cependant que si l'on a observé cette affection chez de jeunes filles impubères et des femmes qui ont passé leur époque critique, celles qui ont usé du coït, surtout celles qui ont eu des enfants, y sont beaucoup plus sujettes que les vierges et les femmes qui n'ont jamais conçu.

Parmi les causes déterminantes de l'hydropisie ovarique, on a rangé toutes celles que nous avons indiquées comme pouvant déterminer l'ovarite, telles qu'une violence extérieure, un coup, une chute sur la région hypogastrique, enfin les diverses causes d'irritations et d'excitations abusives des organes génitaux, parmi lesquelles on doit placer en première ligne, la masturbation, et d'autres manœuvres honteuses que les femmes avouent rarement à leur médecin. Cependant nous devons convenir que le mal s'est souvent développé sans avoir été provoqué par aucune cause appréciable.

Les symptômes de cette affection sont d'abord fort obscurs ; comme dans le principe de son existence, elle cause peu d'incommodité, et que d'ailleurs elle se développe ordinairement avec lenteur, les femmes qui en sont atteintes y font peu d'attention, et souvent attribuent d'autant plus facilement leur mal à une grossesse commençante, que les signes rationels sont quelquefois les mêmes. Ainsi, le gonflement progressif du ventre, celui des seins, la suppression des règles, les vomissements, les dégoûts, les appétits bizarres, etc., pouvant se rencontrer dans l'hydropisie des ovaires, comme dans la vraie grossesse, contribuent à tromper les femmes et à faire partager leur sécurité et leur erreur à leur médecin.

Avant que le développement de la tumeur soit assez considérable, pour qu'on puisse la sentir extérieurement au moyen du toucher, les malades éprouvent vers l'une des régions iliaques, une douleur sourde, profonde et permanente, avec un sentiment de pesanteur dans la hanche et la cuisse du côté qui correspond au mal. Les progrès de la tumeur sont ordinairement très lents; quelquefois même, il faut plusieurs années pour qu'on puisse la sentir au dehors, et, ce n'est que lorsqu'elle est déjà assez volumineuse que la profondeur de l'ovaire et l'épaisseur des parois abdominales permettent d'en constater la présence par la palpation suspubienne. On sent alors vers l'une des aines, une tumeur, qui, tant qu'elle n'a pas con-

tracté des adhérences avec les parties voisines, fait une saillie ordinairement plus apparente du côté sur lequel la femme se couche. Comme cette tumeur peut être arrondie, circonscrite, lisse ou bosselée, indolente ou douloureuse, il est souvent fort difficile de distinguer si elle est le résultat d'un squirrhe, d'une grossesse extra-utérine, ou d'un kyste ovarique. Si la présence de la fluctuation peut lever toutes les incertitudes, l'absence de ce signe n'est pas toujours une preuve négative, lorsque la matière du kyste est épaisse ou gélatineuse; l'erreur est d'autant plus facile que souvent l'hydropisie de l'ovaire coexiste avec le squirrhe du même organe. C'est même la fréquence de la réunion de ces deux affections qui a porté plusieurs auteurs à penser que les kystes ovariques étaient toujours un résultat et une complication du squirrhe. Quelquefois la marche de la maladie est si lente, qu'il s'écoule plusieurs années avant que la tumeur ait acquis un grand développement. Dans ce cas, les femmes conservent long-temps leur fraîcheur et leur embonpoint, et semblent jouir de tous les attributs d'une bonne santé; on en a vu même qui n'ayant qu'un seul ovaire affecté, avaient pu devenir enceintes et étaient accouchées heureusement. En général, tant que le kyste n'a pas acquis un volume considérable, surtout quand il n'y a qu'un ovaire malade, les fonctions des organes contenus dans le bassin, entr'autres la sécrétion des urines et des ma-

tières fécales, l'écoulement périodique des règles, continuent à s'effectuer avec régularité. Quand au contraire, la tumeur enkystée commence à présenter un certain volume, les viscères qui l'avoisinent se trouvant déplacés et plus ou moins enflammés par la pression qu'ils éprouvent, ne tardent pas à contracter des adhérences. Les tiraillements douloureux que ressentent les malades toutes les fois qu'elles changent de place ou qu'elles se couchent du côté opposé au mal, sont les indices des liens pathologiques qui fixent les viscères abdominaux avec le kyste ovarique. L'organe gestateur peut également éprouver divers déplacements; tantôt on le trouve refoulé sur l'un des côtés, tantôt il est déprimé dans le petit bassin, par la pression que la tumeur exerce sur son fond; le ventre, qui est beaucoup plus saillant du côté primitivement malade, permet le plus souvent de constater la fluctuation hydropique, quoique le liquide n'occupe encore qu'une partie de son étendue.

Lorsque le kyste est devenu assez considérable pour refouler les intestins et l'estomac contre le diaphragme et ce dernier dans la poitrine, la digestion se fait difficilement, la respiration est pénible; il survient une constipation opiniâtre; la fluctuation abdominale devient de plus en plus appréciable, et le liquide, qui semble alors occuper toute l'étendue du ventre, a souvent fait croire que la sécrétion séreuse était le résultat d'une hydropisie ascite. On a

vu dans quelques cas, la tumeur rester stationnaire après être parvenue à ce haut degré de développement; *Sabatier* a fait l'autopsie de plusieurs femmes qui avaient porté pendant 45 et même 50 ans, des tumeurs de cette espèce, sans que leur santé ait paru en avoir éprouvé des dérangements bien sensibles. Quoique leur ventre fût énorme, leurs forces s'étaient soutenues parce que les fonctions des viscères abdominaux avaient toujours pu s'exécuter sans éprouver trop de gêne. Nous devons dire cependant que lorsque le kyste a pris un grand développement, le plus souvent les malades ne peuvent pas se mouvoir, et que la pression exercée sur les viscères est quelquefois si forte, que leurs fonctions en sont tout-à-fait troublées, ou plus ou moins interrompues. Enfin, nous ajouterons encore qu'une dyspnée très pénible, une suffocation imminente, la non-sécrétion des urines, une constipation douloureuse et prolongée, enfin, une fièvre hectique sont ordinairement les tristes avant-coureurs de la fin prochaine des malades.

Le diagnostic de l'hydropisie de l'ovaire n'est pas toujours facile à établir, parce que cette affection présente des phénomènes généraux et des signes locaux qui ont plus ou moins de rapports avec ceux de la grossesse simple, de la grossesse extra-utérine, dont *Merclkin* l'a vu être une complication, de l'hydropisie ascite, de l'hydrométrie, etc.

On reconnaîtra que le développement du ventre

est dû à l'hydropisie de l'ovaire, et non à la grossesse en se rappelant que dans les kystes ovariques, la tumeur se développe lentement et d'abord d'un seul côté, qu'elle est circonscrite, souvent inégale, bosselée et présentant des duretés, surtout vers sa base; que l'auscultation, qui alors est toujours négative, c'est-à-dire sans pulsations fœtales, ou placentaires, fait le plus souvent percevoir des gargouillements en divers points de la saillie dont l'un des côtés du ventre est le siége; enfin, que la fluctuation qui peut être constatée dans le plus grand nombre de cas, est bornée aux limites de la tumeur. En pratiquant le toucher vaginal on reconnaît que le col de l'utérus est petit et mince, que le musau de tanche présente une ouverture transversale étroite et régulière et qu'une pression sur l'hypogastre ne lui communique aucun mouvement. On devra également tenir compte de toutes les circonstances qui ont accompagné la tuméfaction abdominale, et ne pas perdre de vue que la menstruation se supprime le plus souvent dans l'hydropisie de l'ovaire comme dans la grossesse, et que les femmes peuvent éprouver dans l'un et l'autre cas, des phénomènes généraux et sympathiques qui ont la plus grande analogie. L'âge des malades, une stérilité prolongée depuis plusieurs années de mariage, l'état de célibat de la femme et sa position sociale, peuvent aussi avec les autres signes, contribuer à faire rejeter l'idée d'une grossesse. Nous devons dire

aussi que l'absence des mouvements de l'enfant, et que la persistance de la tuméfaction du ventre au-delà du terme de la gestation acheveront de lever tous les doutes sur l'existence d'une conception normale ou extra-utérine.

Pour distinguer l'hydropisie ovarique de l'hydropisie ascite, il faudra ne pas oublier que dans cette dernière affection la constitution des malades présente ordinairement les caractères de la langueur et de l'atonie de tout l'organisme, tels qu'une pâleur excessive, la bouffisure de la face, l'infiltration des membres, et souvent celle des organes génitaux externes; dans l'ascite, l'écoulement des urines est ordinairement diminuée, tandis que dans le kyste ovarique, l'émission de ce liquide paraît au contraire plus abondante, surtout lorsque la tumeur, comprimant la vessie, y détermine un sentiment de gêne qui excite les malades à uriner plus fréquemment. Cependant il arrive qu'une trop forte compression de la poche vésicale peut dans l'hydropisie de l'ovaire, produire une incontinence complète, ce qui constitue une des plus fâcheuses complications de la maladie. Dans l'ascite, la tuméfaction du ventre a lieu plus rapidement et d'une manière uniforme, la fluctuation se manifeste dans toute son étendue. Dans l'hydropisie de l'ovaire, la fluctuation est au contraire sourde et circonscrite, la forme de l'abdomen est toujours moins régulière, son accroissement ne s'o-

père jamais dans toutes ses dimensions à la fois, enfin, la tumeur qui semble sortir du bassin est toujours plus apparente du côté où elle s'est d'abord manifestée. Nous ajouterons que l'hydropisie de l'ovaire se formant plus lentement que l'hydropisie ascite, les malades en sont d'abord moins incommodées, et conservent souvent pendant long-temps leur embonpoint et leur fraîcheur, ce qui n'a pas lieu dans l'ascite qui est ordinairement accompagnée de tous les indices d'un état cachectique et d'une diathèse hydropique générale, surtout de l'œdème des membres inférieurs. L'infiltration qui se manifeste quelquefois à la suite de l'hydropisie de l'ovaire, se borne ordinairement à la cuisse correspondante au côté malade, qui souvent est également le siége d'un engourdissement résultant de la pression de la tumeur sur les nerfs et les vaisseaux cruraux. La principale différence qui distingue l'ascite de l'hydropisie ovarique, c'est que cette dernière est, comme l'hydrocèle, une affection tout-à-fait locale.

Lorsque l'hydropisie péritonéale existe en même temps que celle de l'ovaire, on sent par la palpation une couche de liquide qui sépare les parois abdominales d'une tumeur libre dans la cavité du péritoine. Si au moyen d'une pression modérée, on écarte la sérosité avec la main, on peut presque toujours parvenir facilement jusqu'au kyste ovarique, dont la résistance est assez sensible et dont le volume et la forme deviennent alors appréciables.

Quand les parois abdominales distendues par une hydropisie enkystée de l'ovaire et en même temps par une hydropisie ascite ont cédé autant que le permet leur élasticité naturelle, il arrive quelquefois qu'une portion de la tumeur ovarique forme hernie au dehors. Le docteur *Huguier* ayant fait, en 1830 à l'hôpital Saint-Louis, l'autopsie d'une femme qui avait succombé aux progrès d'une hydropisie ovarique compliquée d'ascite, trouva un kyste de l'ovaire plus volumineux que la tête d'un homme adulte, et présentant les dispositions suivantes : la tumeur était multilobée et divisée en quatre portions; la première interne et inférieure, remplissait l'excavation pelvienne ; la seconde antérieure et interne occupait la partie correspondante de l'abdomen ; la troisième supérieure et externe, dont le sommet atteignait la partie inférieure du lobe droit du foie, avait décolé tout le péritoine de la région costo-illaque droite et avait refoulé le cæcum et le rein du même côté en haut et en avant; enfin, la quatrième portion de la tumeur ovarique, après avoir détaché le péritoine de la fosse illiaque droite et de la partie inférieure de la paroi antérieure de l'abdomen, s'était engagee dans le canal crural, non seulement dans la partie interne où passent les vaisseaux lymphatiques et par où se font les hernies, mais encore dans toute la longueur de ce conduit en suivant l'expansion aponévrotique que le fascia-illiaca fournit à la cuisse. Cette partie de la

tumeur qui ne renfermait que de la sérosité, offrait trois pouces de longueur sur deux de largeur, et se trouvait située en arrière et en dehors des vaisseaux cruraux. Il suffit de connaître la possibilité d'une hernie crurale du kyste ovarique, pour éviter les erreurs de diagnostic que ce genre de déplacement pourrait faire naître. Enfin nous ajouterons que les symptômes généraux et les phénomènes sympathiques et hystériques qui accompagnent le plus souvent les affections de l'utérus et des ovaires doivent également aider à distinguer l'hydropisie ovarique des autres collections séreuses de la cavité abdominale.

Le *pronostic* de la maladie qui nous occupe, est toujours fâcheux, surtout quand elle se trouve compliquée avec un squirrhe de l'ovaire, une hydropisie ascite, une anasarque universelle, l'hydrothorax. Si l'on a vu quelques femmes parvenir à un âge avancé quoique étant affectées depuis long-temps d'une hydropisie de l'ovaire, presque toutes succombent aux progrès de leur mal, soit à la suite d'une rupture du kyste, dont le liquide épanché dans l'abdomen, détermine une péritonite mortelle ; soit à cause des désordres et du trouble que la compression de la tumeur produit dans les viscères abdominaux, soit enfin aux accidents qui résultent le plus souvent des opérations qu'on a été obligé de faire pour évacuer le liquide ou extirper l'organe affecté. Il est arrivé quelquefois que la rupture de la tumeur a été favorable aux ma-

lades, parce que l'écoulement du fluide séreux avait pu se faire dans la cavité d'un viscère voisin qui s'était perforé en même temps que le kyste; *Denman* (1) l'a vu avoir lieu par le rectum; madame *Boivin* (2) deux fois par le vagin; *Monro* (3) une fois par la même voie et une autre par l'aine; *Méad* et *Locock* (4) par l'ombilic (5). La malade de *Denman*, une de celles de madame *Boivin* et la femme dont parle *Méad*, se sont complètement guéries; chez les autres, il y a eu récidive et mort plus tard. Il est bon de dire aussi qu'après la rupture du kyste, on a vu l'épanchement dans la cavité abdominale être résorbé et suivi d'une guérison complète. Le docteur *Seymour* (loc. cit. p. 55.) rapporte d'après *Blundell*, un cas d'épanchement dans l'abdomen, dont l'absorption se fit, quoique la rupture du kyste ovarique eût été occasionnée par une chute. Nous terminerons ce que nous avions à dire sur le pronostic de l'hydropisie de l'ovaire, en ajoutant que cette maladie doit être rangée parmi celles dont on peut quelquefois

(1) Med. Physic journal, t. II. p. 20.

(2) Recherches sur l'avortement, etc., p. 103 et 131.

(3) Essais d'Édimbourg, t. VI, p. 387.

(4) Illustrations, etc. of the principal Diseases of the ovaria, p. 53.

(5) Le docteur *Grenville* (med. physic. journ. 1822), a rapporté une observation de tumeurs enkystées de l'ovaire droit dont quelques-unes, aussi grosses que la tête d'un fœtus, s'ouvrirent et laissèrent couler des matières purulentes par une ulcération développée aux parois de l'abdomen.

retarder les progrès, mais dont on obtient rarement la guérison complète. On ne devra pas cependant trop se hâter de porter un pronostic fâcheux; car *Portal* (1), *Petit Radel* (2), M. *Nauche* (3) *Seymour* (loc. cit. p. 93, 116, 119,) et quelques autres praticiens citent plusieurs exemples de guérisons obtenues par différents moyens que nous ferons connaître.

Le traitement de l'hydropisie de l'ovaire est loin d'offrir quelque chose de positif; car quelles que soient les méthodes thérapeutiques qui aient été employées, les insuccès sont infiniment plus nombreux que les succès. Ainsi les purgatifs, les vomitifs, les sudorifiques, les diurétiques, les sialagogues, les bains, simples, salés, sulfureux, la percussion et la compression du ventre, les révulsifs et les fondants tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, la ponction, l'incision et l'extirpation de la tumeur, et une foule de méthodes empiriques, ont tour-à-tour été employées et ont toutes été suivies de quelques cas rares et isolés de guérison.

Quoiqu'on ne doive pas avoir une grande confiance dans les moyens qui sont du ressort de la médecine proprement dite, nous pensons qu'il faudra toujours les employer avant de recourir à ceux que nous

(1) Observ. sur la nat. et le traitement de l'hydropisie, t. I. p. 15.

(2) Encyclopédie méthodique, chirurgie. t. II. 154.

(3) Maladies des femmes, t. 1. p. 174.

fournit la chirurgie. En conséquence, on pourra d'abord prescrire les sudorifiques tels que le gayac, la salsepareille, les bains de vapeurs; les résolutifs, entr'autres les frictions mercurielles, employées avec succès par *Clarck* et M. *Nauche*, celles d'hydriodate de potasse et l'usage interne de l'iode à petites doses, les bains de mer, et d'eau salée dont M. *Laennec* de Nantes, dit avoir obtenu d'heureux résultats, les bains thermaux d'Aix en Savoie ou de Barège, les frictions avec la pommade stibiée, les cautères, les moxas, les vésicatoires appliqués sur le ventre. Les diurétiques tels que la scille, le nitre, etc., qui d'après *Haller*, (1) ont été employés avec avantage par *Willis*; la décoction de cendres à la dose d'une poignée par litre d'eau dont *Petit-Radel*, (loc. cit) fit usage et obtint une guérison, après avoir pratiqué d'abord la ponction du kyste ovarique; enfin les purgatifs employés à doses fractionnées, tels que l'aloès, la rhubarbe, le croton tiglium, le mercure doux combiné avec le savon médicinal, le sulfate de potasse etc., sont encore des moyens qui, conjointement avec l'abstinence et la compression du ventre pourront être prescrits à l'origine du mal, dans le but de faciliter l'absorption des liquides primitivement peu abondants.

Dans le cas où la cause de la maladie pourra être reconnue, on tâchera de la faire cesser le plus tôt possible. Si elle était survenue à la suite, d'un coup,

(1) Disputationes morborum, t. IV.

d'une chute ou d'un engorgement résultant d'une inflammation, on aurait recours à l'emploi des bains et aux saignées générales et locales, si surtout la femme est d'une forte constitution. Si le mal avait succédé à une suppression des règles ou du flux hémorrhoïdal, on devrait faire en sorte de rappeler ces écoulements par les moyens appropriés. Enfin, si l'hydropisie ovarique s'était manifestée après la disparition d'une dartre, de la goutte, d'un rhumatisme, etc., il faudrait se hâter de rétablir l'irritation dans le lieu qui en était le siége principal, puis on aurait recours aux moyens propres à combattre ces différentes maladies.

Lorsque ces divers agents thérapeutiques auront été sans effet, ce qui malheureusement est le plus ordinaire, on pourra recourir à la ponction de la tumeur dans le but de fournir une issue au liquide contenu dans le kyste. Cette opération, qui est plutôt un moyen palliatif que curatif, a été conseillée par *Theden*, *Ledran*, *Monro*, *Richard Brown-Cheston*, *Camper*, *Howschip*, *S. Cooper*, et plusieurs autres chirurgiens; elle est au contraire regardée comme étant plus nuisible qu'utile et comme pouvant hâter souvent la mort des malades, par *Callisen*, *Denman*, *Garengeot*, *Burns*, *G. Hunter*, *Richter*, *Sabatier*, *Delpech*, etc., si quelques-uns de ces auteurs ne proscrivent pas la ponction d'une manière absolue, ils pensent avec raison, qu'on ne doit y

avoir recours que comme à un moyen extrême et seulement lorsque la vie des femmes exposées à un danger immédiat, leur est devenue tout-à-fait insupportable à cause des incommodités et des douleurs qui résultent de l'énorme distension du kyste ovarique.

Ce moyen chirurgical dont *Ledran*, *Monro*, *Dehaën*, *Portal*, le docteur *Key*, ont publié des cas de succès ou à l'aide duquel on a quelquefois prolongé pendant long-temps la vie des malades (1) a déterminé le plus souvent des accidents promptement mortels, ainsi que le prouvent les observations dues à *Johnson*, *Clerghorn*, *Denman*, *Scudamore*, *Ford*, *Lizars*, *Dupuytren*, *Delpech*, *Seymour*, madame

(1) Dans une hydropisie dont *Jean Lathan*, pensait que l'ovaire était le siége, on fit la ponction 155 fois et on évacua 5720 pintes de liquide et l'on prolongea ainsi de quelques années la vie de la femme. (*Philosoph. transact.* t. 69, *part.* I. p. 54, 1779). Dans le même recueil, t. 74, part. II. p. 471 ; année 1784, on trouve l'histoire d'une hydropisie de l'ovaire qui nous a été transmise par *Ph. Meadon*, *Martineau* et *Jean Hunter*, et qui est remarquable à cause du grand nombre de fois qu'on pratiqua la ponction, et surtout de la grande quantité de sérosité qu'on évacua. La malade subit 80 ponctions dans l'espace de 26 ans et rendit 6631 pintes de liquide. On voit aussi dans le tome II des *medical communications*, que *Ford* pratiqua 41 fois la ponction de l'ovaire, à des intervalles très rapprochées, parce que la collection reparaissait avec une vitesse toujours croissante; ces ponctions fournirent 2686 pintes de fluide séreux.

Boivin, et plusieurs autres praticiens qu'il est inutile de citer.

Quoique la ponction ait été suivie de quelques cas de guérison, ou du moins ait contribué à rendre la vie plus supportable, on ne doit pas s'y décider légèrement; soit, comme nous pourrions en citer plusieurs exemples, parce qu'on peut blesser la matrice et les intestins, etc., déterminer des inflammations et des hémorrhagies promptement mortelles; soit, parce qu'il en résulte souvent une faiblesse qui s'accroît si rapidement, qu'elle enlève les malades en peu de jours; soit enfin, par la raison qu'elle ne peut diminuer le volume du ventre quand l'hydropisie est composée de plusieurs petits kystes, ou lorsque la matière de la tumeur est gélatineuse et trop épaisse pour s'écouler au dehors. Il est encore une raison qui doit porter les praticiens à ne pratiquer la paracenthèse ovarique qu'à la dernière extrémité, c'est que presque toujours, le calme qui peut en résulter est éphémère, et que la collection reparaît après chaque ponction, avec une vitesse toujours croissante.

Quand on sera forcé de recourir à la ponction, on devra y procéder de la manière suivante : d'abord, après avoir fait placer la femme de telle sorte que la tumeur fasse le plus de saillie possible, on cherchera le point où la fluctuation est plus évidente et où le kyste paraît être plus mince, puis on enfoncera le trois-quarts en le dirigeant un peu obliquement du côté

de l'ovaire malade, afin d'éviter de blesser la matrice.

Pour obtenir une guérison définitive, en déterminant une inflammation rapide du kyste, on a conseillé des injections, comme dans la cure de l'hydrocèle; mais ce moyen n'a pas été couronné du succès qu'on en attendait; la malade de *Scudamore*, dont parle *Lisars* (1), qui avait été traitée par des injections de vin de Porto, succomba quelques semaines après l'opération. M. *Ramsden* (2), chirurgien de l'hôpital de Saint-Barthelemy de Londres, qui dans deux cas semblables, avait également injecté le même vin mêlé avec de l'eau, a vu succomber ses deux malades des suites de l'inflammation; la femme citée par *Denman*, mourut au bout de six jours; enfin, les injections vineuses employées une fois, dans les mêmes circonstances, par le docteur *Martini* (3) de Lubeck, ne furent suivies d'aucun résultat appréciable.

Dans le but d'enflammer d'une manière lente et graduée les parois du kyste réduit à un petit volume, on a essayé de transformer la plaie en fistule au moyen d'une sonde ou d'une mèche placée en permanence; cette méthode a réussi à *Dehaen*, (Ratio medendi, T. II. p. 255,) dans un cas où l'état de gestation et le volume de plus en plus considérable de la matrice, tenaient constamment comprimée la

(1) Edimbourg. med. surg. journal, n° 81.

(2) *Samuel-Cooper*, dict. de chirurg. prat. t. II. p. 255.

(3) Journ. hebdom. de méd., t. II., 1829.

poche vidée par la ponction. *Portal* rapporte aussi (loc. cit.) un cas de succès par ce moyen; enfin, M. *Seymours* (loc. cit. p. 103,) dit que sur trois malades traitées de cette manière par le docteur *Key*, une seule s'est rétablie, et que les deux autres ne tardèrent pas à succomber d'une inflammation vive et d'une suppuration abondante.

Lorsque des ponctions réitérées, ou la présence permanente d'une sonde dans la plaie, font craindre le développement d'une trop vive inflammation, de même que dans le cas où la tumeur contient une matière d'une consistance gélatineuse, *Ledran* (1), comme l'avait pratiqué *Delaporte* (2), conseille d'attaquer le mal par incision. Ce dernier chirurgien, au moyen d'une incision de quatre à cinq pouces, parvint à extraire d'une tumeur ovarique soixante-sept livres d'une humeur épaisse et gélatiniforme; la malade ayant succombé treize jours après, on put constater qu'il existait d'autres kystes pleins de la même matière, dont une partie avait pénétré dans l'abdomen par des ulcérations du kyste principal. Les deux observations données par *Ledran* sont plus capables d'encourager une pareille tentative, car chez l'une des femmes opérées, la plaie resta fistuleuse, et malgré une seconde incision, nécessitée par un abcès à l'hypogastre et une affection squirrheuse

(1) Mémoires de l'acad. de chirurgie, t. II. p. 431 et 442.
(2) *Idem.* (loc. citato) page 452.

de l'ovaire qui augmentait tous les jours et compliquait l'hydropisie de cet organe, la mort fut différée quelques années pendant lesquelles l'état de santé fut tolérable. Chez la seconde malade, opérée par le même chirurgien, la cure fut radicale, quoiqu'il survînt une foule d'accidents, entr'autres, une suppuration d'abord abondante et fétide, mais qui, après avoir diminué, continua de couler pendant deux ans, par une ouverture fistuleuse. Malgré les faits que nous venons de faire connaître et les succès complets obtenus dans des cas semblables à celui de *Delaporte*, par le docteur *Houston* cité par *Monro* (loc. cit. p. 225), et par *Portal*, *Denman*, MM. *hey*, *Ransden*, nous pensons avec *Richter* (1) que l'incision du kyste de l'ovaire peut le plus souvent hâter la mort des malades en donnant naissance à une inflammation très étendue, et que si les suites ne sont pas immédiatement funestes, presque toutes les femmes ne tardent pas à succomber à une péritonite subaiguë ou à une fièvre hectique.

La ponction simple ou multiple, de même que l'incision n'offrant aucun avantage, quand l'hydropisie de l'ovaire est compliquée d'une dégénérescence squirrheuse, ou lorsque la tumeur est multiloculaire et divisée en un plus ou moins grand nombre de kystes, plusieurs praticiens, entre autres *Félix Plater* (2),

(1) Anfrangs gruende der wundarzneykunst. th. V. p. 128.
(2) De mulier. part. generat. dicatis, 1597.

Diémerbroeck (1) *Power* et *Darwin*,(2) *Vanderhaar*, cité par *Logger* (*de ovariorum morbis*, p. 76), *Delaporte* et *Morand* (loc. cit.), *Siebold*, *Lizars* (loc. cit), etc., ont conseillé de recourir à l'extirpation de tout l'organe malade, comme on le fait presque impunément à l'égard des femelles de plusieurs animaux, dans le but de les rendre stériles.

Malgré ces faits, et quoique la perte des deux ovaires ou d'un seul de ces organes ait pu avoir lieu chez la femme, sans accidents mortels, soit à la suite d'une opération faite dans un but non médical, (3) soit à la suite d'une plaie comme *Franck de Francknau Poot*, *Lassus*, M. *Deneux* en citent des exemples, l'extirpation méthodique du kyste ovarique a été reetée dans tous les cas par *Dehaen* (loc. cit., t. II, p. 88), *Morgagni* (epist., 38), *Sabatier*, *Gardien*, *M. Murat* et quelques autres chirurgiens distingués. Cette méthode, qui, suivant les auteurs, devrait être effacée de la liste des opérations utiles, se

(1) Anat. corporis humani. 1679.

(2) Zoonomie (uebers. vors. etc.) 1791th. II. abth. 1 p. 190.

(3) *Isbrand*, de *Diemerbroeck*, (Opera omnia anat. loc. cit.) rapporte d'après *Athénée*, qu'*Adromètes*, et d'après *Suidas*, que *Gyges*, roi de Lydie, faisaient très souvent pratiquer l'extirpation des ovaires, sur des femmes de leur royaume, dans le but de les rendre inféconds. Selon quelques auteurs, cette coutume aussi barbare qu'immorale, a également existé chez les Égyptiens et chez quelques autres peuples d'Orient. *Jean Wier*, mort en 1588, dit (Med. obs. rarior.) qu'un châtreur soupçonnant la vertu de sa fille, lui ouvrit le ventre, attira la matrice au dehors, et en excisa les ovaires; le même auteur ajoute que cette cruelle opération fut suivie d'un plein succès.

trouve, jusqu'à un certain point, justifiée par plusieurs exemples de guérison obtenue par *Lemaunier* (1), *Paroisse*, le docteur *Smith* (2), ainsi que par les trois observations du docteur *Macdowel*, rapportées par *Lizars* (loc. cit.), par l'extirpation de l'ovaire faite avec succès par ce dernier chirurgien, et une autre fois par le docteur *Chrysmer* (Archives de Méd., t. XX). Enfin par les faits communiqués par *Delaporte*, *Lieutaud*, *Kapser*, et les tentatives plus ou moins heureuses de *Lemman*, *Delpech*, *Nathan*, MM. *Lafflize*, de Nantes, *Ischier*, *Dzondi*, de Halles et quelques autres.

Si cette opération a été quelquefois couronnée de succès, nous devons dire aussi qu'elle a eu le plus souvent des résultats fâcheux. Une des quatre femmes opérées par *Lizars* n'a survécu que cinquante-quatre heures. Une malade du docteur *Martini* (Arch. de Méd., t. XX) et deux autres femmes soumises à la même opération par le docteur *Chrysmer* ont succombé aussi après quelques heures. Nous ajouterons également que dans différents cas, l'opération commencée a dû être abandonnée après l'incision des parois abdominales par un chirurgien dont parle sir *A. Cooper* (3), ainsi que par MM. *Lizars*, *Grenville* (loc. cit.), *Dieffenbach* (Archives de

(1) Mém. de la société royale de méd. 1782, p. 296.
(2) Edimb. med. surg. journal, n° 72, 1822.
(3) Dict. de chirurgie pratique de *S. Cooper*, t. II., p. 256.

Méd., tom. XX). et *Galenzowski* de Wilna. Lorsque le kyste fut mis à découvert, ces habiles praticiens pensèrent qu'il était plus prudent de ne pas l'extirper, soit à cause des nombreuses adhérences qu'il avait contractées, soit à cause du grand nombre des vaisseaux volumineux qu'il aurait fallu diviser.

D'après les faits que nous venons de rappeler, nous concluons que l'extirpation des ovaires affectés d'hydropisie est une opér ation qui peut offrir de grandes difficultés et toujours les plus grands dangers. Sans vouloir la proscrire d'une manière absolue, nous pensons qu'on doit y avoir recours comme à une ressource extrême et seulement lorsque la mobilité de la tumeur donne en quelque sorte la certitude qu'elle n'a pas contracté d'adhérences ou du moins qu'elles sont peu étendues. Le volume considérable du kyste, la moindre incertitude dans le diagnostic (1), une complication avec l'ascite et diverses indurations sont des circonstances qui contr'indiquent l'extirpation. Nous ajouter on que même dans les conditions les plus favorables, on ne doit la tenter que lorsque les malades la désirent avec ardeur.

Dans le cas où l'on regarderait l'opération comme

(1) Le diagnostic est quelquefois si incertain que M. *Lizars*, (Edimb. med. journal, n° 81) convient, avec une franchise dont on ne saurait trop le louer, qu'il prit un gonflement du ventre résultant de l'obésité pour une hydropisie de l'ovaire, et qu'il ne s'aperçut de sa méprise qu'après avoir fait une grande incision sur les parois abdominales.

la seule planche de salut. on devrait, sur le point le plus convenable de l'abdomen, mettre la tumeur à découvert par une incision parallèle à l'axe du corps et aussi peu étendue que possible, c'est-à-dire de trois à cinq ou six pouces; puis, si le kyste était adhérent, il faudrait à l'exemple du docteur *N. Smith*, tâcher de le vider avec un trois quarts et l'enlever ensuite, en ayant la précaution de détruire ses adhérences, soit avec les doigts et le manche d'un scalpel, soit à l'aide d'une dissection soignée, si ces moyens étaient insuffisants. On devrait également faire la ligature ou la torsion des vaisseaux, aussitôt qu'on les aurait divisés. Si le kyste était libre, mobile, isolé et offrant un pédicule étroit, on se bornerait à lier solidement la racine et à l'exciser en deçà du fil avec un bistouri ou de longs ciseaux courbés sur leur plat. Dans le cas où la tumeur serait fongueuse, pourvue d'une large base, de vaisseaux nombreux et d'un gros calibre, il vaudrait mieux ne pas y toucher et refermer la plaie, comme l'ont fait MM. *Lizars*, *Grenville et Dieffenbach*. Il est bon d'ajouter aussi qu'on devra maintenir rapprochés les bords de la plaie avec des bandelettes agglutinatives ou avec la suture lorsque la division sera très étendue.

Nous terminerons en disant : que puisque les tumeurs ovariques sont rarement composées d'un seul kyste ; puisque au contraire elles sont souvent multi-

lobées, et adhérentes sur plusieurs points; enfin, comme dans le plus grand nombre des cas, elles contiennent autre chose que de la sérosité, et que d'ailleurs, l'hydropisie qui finit presque toujours par envahir les deux ovaires, se complique assez fréquemment avec d'autres lésions qui rendent plus obscur le diagnostic et le pronostic plus grave, nous sommes tenté de dire avec le célèbre *Hunter* (Medical observ., and inquiries, T. II.) que les malades seraient souvent plus assurées de prolonger leur existence, si l'on ne cherchait pas à les délivrer de leur mal.

L'hydropisie des trompes dépendant des mêmes causes et offrant les mêmes signes que celle des ovaires avec laquelle elle est presque toujours unie et dont on ne peut la distinguer qu'après la mort, nous croyons devoir nous borner à dire que le traitement médical est le même, et que si dans quelques cas, la ponction a pu pallier le mal et prolonger la vie des malades, le plus souvent la mort a suivi de près l'opération. Nous ajouterons aussi que souvent la matière qu'elles contiennent est épaisse et gélatineuse, et qu'ainsi que les ovaires et la matrice, elles sont quelquefois distendues par des hydatides, et peuvent acquérir des dimensions énormes. *Dehaën* (loc. cit. T. III. p. 29). parle d'une trompe hypertrophiée qui pesait sept livres et qui contenait vingt-trois livres de liquide; *Frank* (de cur. ret., lib. VI, p. 130.) en a vu une qui renfermait trente-deux livres de matière séreuse et gé-

latineuse; enfin *Blàncard* (anat. prat. rat.) a trouvé une trompe qui était distendue par cent douze livres de sérosité : il est vrai que l'ovaire et le ligament large étaient également confondus dans le même kyste. Chez les femmes qui succombent à cette affection, les trompes sont tantôt tortueuses, épaisses, alongées, ayant l'aspect des gros intestins et étant d'autant plus larges qu'elles approchent plus de l'ovaire; tantôt elles s'élargissent brusquement et sont piriformes ou sphéroïdales.

DU CANCER DE L'OVAIRE ET DES AUTRES DÉGÉNÉRESCENCES DE CET ORGANE.

L'ovaire, comme la matrice, est susceptible de présenter des productions morbides et diverses dégénérescences sur lesquelles nous ne dirons que quelques mots, parce que les détails circonstanciés que nous pourrions donner ne seraient, en quelque sorte, qu'une répétition de ce que nous avons dit dans les chapitres précédents.

Parmi les transformations des ovaires, on doit ranger la *transformation fibreuse*, qui offre une si grande analogie avec celle de l'utérus qu'il est souvent impossible de déterminer le véritable siége de la tumeur, non-seulement pendant la vie des malades, mais même avec les pièces anatomiques sous les yeux. Ces productions fibreuses, qui coexistent assez fréquemment avec celles de la matrice, et qui, comme

celles de ce viscère, peuvent se développer à la surface ou dans le tissu propre de l'organe, varient prodigieusement en volume et en poids, puisque on en a vu qui pesaient depuis un gros jusqu'à plus de 40 livres. M. *Cruveilhier* (1) a trouvé dernièrement chez une femme morte à la Salpétrière, une tumeur de l'ovaire, pesant 46 livres. Nous devons dire aussi que cet organe, peut, comme l'utérus, être le siége de transformations *cartilagineuses* (2), *osseuses* (3), *pierreuses* (4), *tuberculeuses* (5) *et mélaniques* (6) qu'on ne peut reconnaître que par l'autopsie.

De toutes les dégénérescences de l'ovaire, la plus importante à étudier est sans contredit la dégénérescenee cancéreuse, à cause de la fréquence de ses suites fâcheuses et des douleurs atroces qu'elle détermine presque toujours. Le cancer de l'ovaire peut,

(1) Dictionnaire de médecine et de chirurg. prat., t. XII, page 414.

(2) *Kluisken.* Annales de littér. étrang. t. IX, p. 336. —*Dupuytren.* Bulletin de la Faculté de méd. n° 3, 1806. —*Caillot.* Académie de méd., 13 janvier, 1824. *Velter.* Idem, 12 juillet 1825.

(3) *Logger.* De ovarior. morb. page 12. *Seymour*, loc. cit. page 56.

(4) *Haller.* Disput. ad morb. t. IV, p. 420 (d'après *Schlenker*). *Saviard*, nouv. recueil d'obser. 1702.

(5) *Seymour.* Loc. cit. *Tonnelé.* Journal hebdom. de méd., t. V, 1829.

(6) *Morgagni.* De sedibus et caus. morb. epist. 21, 22, 31, 59.

comme celui de la matrice, se présenter sous toutes les formes, qui souvent se combinent entre elles ou avec d'autres altérations; cependant le cancer squirrheux et le cancer encéphaloïde qu'il est toujours assez difficile de distinguer, même à l'autopsie, ont été plus fréquemment observés que les autres variétés dont nous avons indiqué les caractères en parlant de cette affection siégeant sur l'utérus.

Les ovaires cancéreux acquièrent quelquefois un volume très considérable, et changent alors, tous les rapports de situation qu'ont entre elles les parties voisines. *Morgagni* parle d'un ovaire cancéreux qui pesait 24 livres, M. *Velter* en a vu un du poids de 56 livres, M. *Caillot* un autre du même poids.

Les causes du cancer de l'ovaire sont peu connues; cependant tout porte à croire que cette dégénérescence a le même principe que l'ovarite chronique dont elle est souvent la terminaison. Tout ce que nous pouvons dire de positif, c'est que le cancer de l'ovaire s'observe pour le moins aussi souvent que celui des seins, et qu'il ne le cède en fréquence qu'à celui de la matrice avec lequel il coïncide quelquefois consécutivement.

Les *symptômes* de l'affection qui nous occupe sont très obscurs dans les premiers temps de son existence; lorsque plus tard, le développement de la tumeur peut faire soupçonner un cancer de l'ovaire, il est difficile de le distinguer des autres lésions

vitales dont il a été question précédemment; à mesure que le mal fait des progrès, les douleurs qui se font sentir dans un des côtés du bas-ventre et qui dans le principe étaient sourdes et non continues deviennent plus vives et prennent de plus en plus le caractère de celles des dégénérescences cancéreuses.

Quand la maladie se présente sous la forme squirrheuse, la tumeur s'accroît avec lenteur, et on en a vu même augmenter insensiblement pendant dix ans et même pendant trente ans, sans qu'il en résultât aucun dérangement notable dans les fonctions ni des douleurs très vives ; souvent les seules incommodités qu'éprouvent les malades sont un sentiment de gêne proportionné au poids et au développement du squirrhe et quelques désordres dans la menstruation, qui du reste sont loin d'être constants. Le cancer encéphaloïde s'accroît au contraire avec rapidité, peut devenir énorme en quelques mois, causer des douleurs lancinantes caractéristiques de cette dégénérescence. Quand le mal tend à une terminaison funeste, la tumeur qui se bosselle, et se boursouffle de plus en plus, se ramollit en certains points; les élancements qu'on a comparés à des coups d'aiguille, deviennent de plus en plus atroces et se propagent aux parties voisines, à la matrice, à la vulve, aux lombes et à la cuisse qui correspond au côté malade; des pertes sanguines, des écoulements ichoreux et d'une odeur infecte s'échappent du vagin, qui par extension de la

dégénérescence, devient souvent le siége de végétations fongueuses, granulées et de couleur rougeâtre et livide. Les douleurs s'irradient sympathiquement, aux genoux, aux jambes, à la poitrine et aux épaules; l'estomac est surtout affecté; les digestions se font mal; la malade, qui éprouve un dégoût extrême pour les aliments, est sujette à des vomissements et à des nausées, à une constipation opiniâtre, enfin une insomnie presque absolue, un état permanent d'hystéricisme, un amaigrissement rapide et une fièvre continue annoncent une fin prochaine, qui est le dénouement inévitable de cette scène de douleur.

Le *diagnostic* du cancer de l'ovaire à l'état squirrheux proprement dit est toujours difficile, surtout dans les premiers temps de sa formation, lorsque le mal est plus aigu, la dureté de la tumeur, l'absence de la fluctuation, enfin les douleurs lancinantes le distinguent assez bien de l'hydropisie enkystée, des tumeurs fibreuses de l'utérus et des grossesses extra-utérines; on évitera également de la confondre avec une accumulation de matières fécales, dans le cœcum ou dans les gros intestins en général, en se rappelant que les tumeurs dépendant de cette cause se manifestent, disparaissent, et changent de place, selon la position que l'on fait prendre à la malade; d'ailleurs le toucher vaginal, l'origine et les antécédents de la maladie, contribueront pour beaucoup à faire cesser toutes les incertitudes.

Le *pronostic*, quoique toujours fâcheux, varie selon la forme du cancer, le volume de la tumeur et les complications du mal. La dégénérescence encéphaloïde est la plus grave de toutes, et celle dont la terminaison est la plus promptement funeste. Il en est du reste pour l'ovaire comme pour la matrice, c'est-à-dire qu'en suivant l'ordre de gravité, on doit placer le cancer *encéphaloïde*, qui est celui qu'on observe le plus souvent sur le cadavre, le cancer *hématode* ou *sanguin* observé trois fois sur l'ovaire, par *Hooper* (1), le cancer *fongueux* dont *Prochaska* (2) nous a donné une description et un dessin, enfin le cancer *squirrheux*, qui est le premier degré des autres, est celui dont le pronostic est le moins grave ; car souvent on parvient à arrêter plus ou moins long-temps sa marche. Nous ajouterons aussi qu'il coexiste souvent avec l'hydropisie enkystée de l'ovaire, dont il est une complication fâcheuse ou dont il peut être ou la cause ou l'effet.

Le *traitement* de la dégénérescence dont nous nous occupons doit être simplement palliatif ; car malgré les prétendues guérisons publiées par quelques auteurs, cette affection est toujours au-dessus des ressources de la thérapeutique médicale. Les petites saignées du bras, les bains prolongés, les narcotiques, les boissons adoucissantes et tempérantes, les la-

(1) The morbid. anat. of the human uterus. Pl. XXI.
(2) Disc. organismi, corpor. hum. pl. V.

vements émollients et opiacés, quelques légers laxatifs, un régime doux et plutôt végétal, tels sont les moyens qui peuvent diminuer la violence des symptômes et arrêter pour quelque temps la marche du mal. Lorsque les règles seront supprimées, ce qui a lieu fréquemment, on tâchera de les rappeler ou d'y suppléer par des applications de sangsues en petit nombre à la vulve et à l'anus ; on pourra également recourir à l'emploi des exutoires, des douches sulfureuses ou alcalines ; les frictions mercurielles sur la tumeur, enfin l'usage interne de la ciguë et des autres prétendus anti-squirrheux que nous avons indiqués en parlant du cancer de la matrice, pourront tour-à-tour être essayés dans le but, non de guérir, mais de soulager les malades. Lorsque la tumeur squirrheuse se sera ramollie et aura pris la forme encéphaloïde ou une des autres transformations du cancer, le traitement, qu'on devra varier selon la nature des symptômes, consistera dans des soins accessoires et subordonnés à la nature des incommodités. Nous ajouterons encore, que dans cette affection, ainsi que dans l'hydropisie de l'ovaire, on a proposé l'extirpation de l'organe, qui, comme on l'a vu dans le chapitre précédent, a été couronnée quelquefois de succès. Nous pensons néanmoins que les résultats obtenus ne sont pas capables de justifier toujours une aussi grave opération, et qu'on ne saurait trop blâmer toute tentative de ce genre, faite sur une femme pré-

sentant une diathèse cancéreuse, une dégénérescence de la même espèce sur un autre organe, ou enfin une prédisposition héréditaire au cancer.

Quoique les trompes soient sujettes aux mêmes maladies que les ovaires, nous nous abstenons d'en parler, parce que les détails que nous donnerions seraient inutiles pour éclairer le médecin dans sa pratique et n'offriraient de l'intérêt que dans un traité d'anatomie pathologique, puisque les diverses lésions tubaires ne peuvent être constatées que par l'autopsie, et coexistent presque toujours avec celles de l'ovaire.

DU CANCER DU VAGIN ET DES ORGANES EXTERNES DE LA GÉNÉRATION.

Le cancer du vagin peut être primitif ou n'être qu'une extension de celui de la matrice ou de celui des organes génitaux externes. Lorsqu'il est primitif il peut être le résultat soit de la dégénérescence d'une érosion, d'une ulcération simple ou syphilitique, d'une excroissance verruqueuse négligée ou mal traitée, soit de l'ulcération d'une induration squirrheuse développée dans la membrane interne ou dans le tissu propre des parois vaginales. Le cancer primitif du vagin est un peu moins grave que celui de l'utérus, surtout quand il a son siége vers l'orifice vulvaire. Celui qui est secondaire est beaucoup plus fâcheux; car il est alors une complication et une extension de

la maladie primitive, dont la terminaison est par cela même beaucoup plus promptement funeste.

Le *cancer du clitoris* débute ordinairement, comme celui de la verge, par son extrémité ou *gland*; quelle que soit la forme sous laquelle il se manifeste, il peut dépendre d'une irritation produite par des ulcérations syphilitiques, des excès érotiques solitaires, des excitations et des froissements fréquents ou prolongés; sous l'influence d'une ou de plusieurs de ces causes, on a vu le clitoris acquérir le volume du pouce, et quelquefois donner naissance à une tumeur fongueuse pédiculée qui peut avoir la grosseur du poing et offrir l'apparence d'une masse mollasse, blanchâtre, ou de couleur livide, rougeâtre et couverte de granulations en grappe, sécrétant un liquide ichoreux.

Le *cancer du méat urinaire* est, comme celui *des petites lèvres*, presque toujours le résultat de la dégénérescence d'ulcérations simples ou vénériennes, irritées par le contact permanent de l'urine ou par des pansements peu méthodiques. Il en est de même de celui *des grandes lèvres*, dont le tissu vasculaire est très irritable et présente à un haut degré la structure la plus favorable au développement des ulcérations cancéreuses. Les écoulements vaginaux, les froissements résultant de la marche ou de l'action du coït souvent répété, peuvent également contribuer beaucoup à la production du cancer des grandes lèvres et de tous les organes qui sont des annexes de la vulve. Nous

ajouterons que les affections carcinomateuses de ces parties peuvent aussi, comme celles du vagin, être un effet fâcheux des progrès et de l'extension de proche en proche de la même dégénérescence primitivement développée sur l'utérus. Il est bon de rappeler aussi que l'inverse peut avoir lieu, c'est-à-dire que le mal peut s'étendre de la vulve au vagin et ensuite à l'organe gestateur.

Comme le plus souvent il peut rester quelque incertitude sur la nature de la maladie, il sera toujours prudent de commencer le traitement par l'emploi des mercuriaux administrés localement et à l'intérieur, conjointement avec les antiphlogistiques et surtout les saignées locales, les émollients, les fomentations narcotiques. Si les symptômes, au lieu de s'amender, s'exaspéraient, il faudrait, pour prévenir plus sûrement les progrès du mal, avoir recours à diverses opérations que nous allons faire connaître.

On s'en tiendrait à un traitement palliatif si le mal avait son siége sur le vagin; cependant s'il était superficiel et qu'il fût possible de détruire toutes les parties affectées, on pourrait avoir recours à la cautérisation avec le nitrate acide liquide de mercure, ou même avec la pâte arsenicale. On enlèverait au contraire avec l'instrument tranchant l'orifice du méat urinaire cancéreux, pourvu que le mal ne s'étendît pas trop avant. Du reste, le canal de l'urètre se cicatrise bientôt et continue de remplir ses fonctions;

lors même qu'il a été raccourci de quelques lignes. On pratique l'opération avec une pince et des ciseaux courbés sur leur plat, qui suffisent également pour l'incision du clitoris, et celle des nymphes. On oppose à l'hémorrhagie qui résulte de ces diverses opérations les moyens hémostatiques ordinaires, mais surtout le cautère actuel, qui a en même temps l'avantage d'achever la destruction du mal jusqu'à ses dernières racines. Si l'affection se reproduisait, on devrait l'attaquer de nouveau, soit avec l'instrument tranchant et le fer rouge, soit avec le nitrate d'argent ou le nitrate acide liquide de mercure.

Le *traitement du cancer des grandes lèvres* est également tout à fait chirurgical, c'est-à-dire qu'il consiste aussi dans l'extirpation des parties affectées. Cette opération n'est ordinairement ni longue ni difficile, et l'on peut, lorsque l'étendue du mal l'exige, enlever presque totalement toutes les parties génitales externes, car l'expérience a prouvé qu'il en résulte peu d'inconvénients graves, et peu de gêne dans les fonctions. L'hémorrhagie doit surtout fixer l'attention; comme le sang s'écoule en nappe de presque tous les points de la plaie, on est souvent obligé de l'arrêter par l'application du feu. Dans le cas où la cautérisation ne paraîtrait pas indispensable et en même temps pour s'opposer aux hémorrhagies consécutives, on exercerait une compression sur les surfaces saignantes à l'aide de boulettes de charpies, saupou-

drées de colophane ou de cendres, et recouvertes de plusieurs disques d'agaric, soutenues par des compresses et un bandage en T. Nous devons ajouter qu'avant de commencer le pansement, il est important de placer et de maintenir une sonde dans la vessie, afin de laisser libre le passage de l'urine, et de préserver l'appareil de l'imbibition de ce fluide. Il faudra également avoir la précaution de boucher avec de la charpie, l'orifice vulvaire, afin d'éviter que le sang qui pourrait encore s'écouler, ne pénètre et ne séjourne dans la cavité du vagin. Il est inutile de dire que pour pratiquer sur la vulve et ses annexes, les opérations que nous venons d'indiquer, on doit faire placer la femme comme pour l'application du speculum.

DE L'OEDÈME, DES VARICES, ET DES DIFFERENTES TUMEURS DE LA VULVE.

L'œdème des grandes lèvres est le plus ordinairement une extension de l'anasarque résultant de l'hydropisie ascite, ou de l'état de grossesse. Quelquefois cette lésion accompagne une inflammation locale, surtout l'érysipèle; mais dans ce cas elle est plus grave que l'engorgement œdémateux dépendant des autres causes que nous avons signalées.

On reconnaît l'œdème vulvaire à une tuméfaction plus ou moins considérable des grandes lèvres qui sont tendues, luisantes, de couleur rosée, transpa-

rentes, peu sensibles à la pression et conservant l'impression du doigt appuyé sur leur surface.

Cet engorgement œdémateux des grandes lèvres se présente comme un bourrelet épais et saillant, qui peut devenir si volumineux qu'il gêne les mouvements de la progression, devient un obstacle à la parturition et empêche même de pratiquer convenablement le toucher vaginal, parce que le doigt explorateur ne peut pénétrer jusque sur le museau de tanche.

Le traitement chirurgical de l'œdème des grandes lèvres consiste dans la compression méthodique des parties; mais lorsque la tuméfaction est très considérable, on doit chercher à en opérer le dégorgement au moyen de mouchetures faites avec la pointe d'une lancette enfoncée à très peu de profondeur. L'œdème inflammatoire accompagné de fièvre exige l'emploi des antiphlogistiques, tels que les saignées générales, les applications de sangsues à la face interne des cuisses et non sur les parties malades, les boissons tempérantes, les applications émollientes narcotiques et légèrement résolutives, enfin la diète et la position horizontale.

Les *varices des grandes lèvres* constituent une affection assez rare qui se distingue de toute autre tumeur vulvaire par les caractères suivants : les veines dilatées forment sous la peau d'un côté, et la membrane muqueuse de l'autre, des nodosités ou bosselures qui sont d'autant plus saillantes que leur exis-

tence remonte à une époque plus reculée. Ces petites tumeurs sont indolentes à la pression, de couleur bleuâtre, de consistance si molle qu'elles disparaissent aussitôt qu'on les comprime pour se reproduire de nouveau. Dans certains cas, ces tumeurs irritées s'enflamment et deviennent quelquefois le siége d'ulcérations fongueuses difficiles à guérir. Nous devons encore ajouter que ce qui rend cette affection souvent assez pénible, c'est la démangeaison des parties sexuelles dont elle est quelquefois accompagnée.

Les *causes* principales des varices sont : la fréquence du coït et surtout les froissements violents qui peuvent en résulter, les grossesses trop multipliées, les accouchements laborieux et les irritations répétées et long-temps prolongées qu'ils déterminent. Ces circonstances sont surtout favorables au développement de la maladie, chez les femmes dont les vaisseaux du système veineux sont naturellement amples, dilatables et offrant des parois peu résistantes.

Le *traitement* des varices vulvaires est très simple ; souvent elles disparaissent spontanément, lorsque la cause qui les avait produites cesse d'agir. Quand les grandes lèvres sont indolentes, on a recours le plus souvent avec avantage, aux topiques froids et astringents, tels que des compresses imbibées d'eau végéto-minérale, d'une décoction de tan ou de roses de Provins, ou enfin d'une solution légère de sulfate d'alumine dans un mélange d'eau et de vin rouge.

On joindra à l'emploi de ces moyens l'abstinence du coït et la compression méthodique des parties, lorsqu'on pourra l'exercer sans causer trop de gêne. Les varices douloureuses et irritées seront traitées par le repos, le cérat opiacé, les saignées locales, enfin par l'emploi du chlorure d'oxyde de sodium en lotions, si les tumeurs variqueuses étaient devenues le siége d'ulcérations.

Les tumeurs enkystées des grandes lèvres sont assez fréquentes et se distinguent facilement de toutes les autres tumeurs qui pourraient avoir leur siége dans l'épaisseur de ces deux replis vulvaires, par leur forme arrondie et circonscrite; elles n'apportent aucun changement à la couleur de la peau; leur consistance est plus ou moins fluctuante, et leur masse, qui n'est ni pâteuse, ni demi transparente, ni diffuse comme dans l'œdème, ne présente pas la dureté et la résistance des tumeurs fibreuses avec lesquelles il est très facile de les confondre. Du reste, une erreur de diagnostic n'offre rien de fâcheux, puisque l'extirpation convient dans les deux cas.

Les tumeurs enkystées de la vulve présentent une résistance variable selon la matière qu'elles contiennent; si le plus souvent le kyste dont les parois sont lisses et blanchâtres est distendu par un liquide séreux, quelquefois sa cavité se trouve remplie par un fluide épais et de couleur brune. On a vu dans quelques cas ces sortes de tumeurs s'ouvrir spontanément

et donner naissance à un suintement incommode et continuel, qui tarit rarement sans le secours de l'art.

Le *traitement* des tumeurs enkystées des grandes lèvres, comme celui des tumeurs fibreuses, consiste, ainsi que nous l'avons déjà dit, dans leur extirpation, qui se pratique de la manière suivante : après avoir fait placer convénablement la malade, on renverse la lèvre en dehors, puis, fixant la tumeur à l'aide d'un doigt placé derrière elle, afin de la faire saillir davantage, on l'attaque au moyen d'une incision légère du côté de la face interne, soit parce que le kyste ou la tumeur fibreuse, sont ordinairement plus superficiels de ce côté, soit aussi pour éviter une cicatrice difforme et apparente. Lorsque la tumeur sera mise à découvert, le chirurgien tâchera de la détacher de toutes ses adhérences par une dissection minutieuse, et en pressant de nouveau avec le doigt placé derrière elle pour la rendre plus saillante encore, il l'enlèvera le plus complètement possible à l'aide de ciseaux. Si le kyste s'était ouvert pendant l'opération, il faudrait en enlever le plus que l'on pourrait, puis cautériser toute la surface interne de la plaie, afin d'éviter la reproduction de la maladie. Si l'hémorrhagie était abondante, on lui opposerait la ligature, mais surtout l'application du fer incandescent.

La surface muqueuse des grandes lèvres peut aussi dans quelques cas, être le siége de petites tumeurs polypeuses pédiculées, que leur forme fait dis-

tinguer des végétations cancéreuses et syphilitiques, et dont le traitement consiste dans leur incision faite avec des ciseaux courbés sur leur plat. Il n'est pas également très rare de voir des tumeurs lypomateuses se développer dans l'épaisseur des grandes lèvres; elles présentent le même caractère que celles des autres parties du corps, et réclament les mêmes moyens curatifs, c'est-à-dire une ablation et une destruction aussi complètes que possible. L'incision convient de même pour détruire certaines végétations ou hypertrophies partielles de quelques-uns des tissus qui composent la vulve, telles sont les verrues, les petites tumeurs cellulaires imbibées de sérosité, les poireaux vénériens, etc. Nous ajouterons que lorsque ces tumeurs acquièrent un certain volume, elles sont, quoique peu douloureuses par elles-mêmes, très incommodes, et causent des tiraillements continuels qui se prolongent jusque dans la région inguinale et lombaire.

DU CANCER DES MAMELLES.

Le cancer des mamelles, étant un des plus fréquents, un des plus faciles à observer et surtout le plus accessible aux moyens chirurgicaux, a été plus étudié et a excité un intérêt plus spécial que celui des autres organes. Cette affection, qui est sans contredit la plus grave de toutes celles auxquelles les mamelles sont exposées, est incomparablement plus fréquente

chez la femme que chez l'homme, quoique dans les deux sexes les glandes mammaires soient primitivement organisées de la même manière. Il est facile d'expliquer cet heureux privilége et cette différence en notre faveur, si l'on réfléchit que chez la femme, les mamelles jouent un rôle bien plus important, sont plus exposées au contact et à l'influence des causes extérieures, enfin éprouvent des irritations et des excitations sympathiques résultant de l'état de gestation, des périodes menstruelles et de toutes les modifications normales ou pathologiques des fonctions de l'appareil reproducteur.

Cette maladie, qui est sans contredit la plus grave de toutes celles auxquelles les mamelles sont exposées, semble se développer de préférence dans l'état de mariage, après l'allaitement, chez les personnes dont les seins sont volumineux et principalement dans la période de la vie qui correspond à la cessation des menstrues. On a également observé le cancer du sein entre 20 et 30 ans, mais bien plus souvent entre 30 et 40 ans.

Les *causes occasionnelles* du cancer des mamelles sont internes ou externes. Parmi ces dernières, on range les coups, les chutes, les contusions, la pression exercée sur les seins par des corsets trop forts ou trop serrés, dans le but de les relever, ou au contraire de les aplatir pour en diminuer le volume ; la mauvaise habitude qu'ont quelques femmes de ne pas

soutenir les seins trop volumineuxet de les abandonner à leur propre poids; l'emploi ineonsidéré des topiques répereussifs et irritants sur les mamelles enflammées ou affectées d'engorgements simples et ehroniques, enfin l'impression subite de l'air froid surtout après l'aeeouehement, et les applications astringentes destinées à arrêter la séerétion du lait, sont regardées avee raison, eomme pouvant être des causes occasionnelles des indurations squirrheuses. Nous ajouterons encore qu'il est généralement admis que des inflammations chroniques du sein et des engorgements laiteux, dartreüx, serophuleux, syphilitiques, ete., peuvent quelquefois dégénérer en cancer.

Les *causes internes* de l'affection qui nous oecupe, sont les irrégularités, et la suppression aecidentelle de la menstruation; la cessation d'une leueorrhée ancienne, des hémorrhoïdes, d'une sueur abondante et habituelle la suppression d'un exutoire aneien; la répercussion de quelques exanthèmes, des affeetions psoriques et herpétiques; la métastase de la goutte, du rhumatisme, de l'érysipèle ambulant, comme *Pouteau* en rapporte des exemples, et une foule d'autres eauses plus ou moins appréciables, qui eomme eelles que nous venons de mentionner, ne déterminent le plus souvent le eancer, qu'autant qu'elles coïncident avee une cause occulte et inconnue dans son essenee, c'est-à-dire, une disposition intérieure et individuelle

qu'on désigne sous le nom de *diathèse cancéreuse*. Selon quelques praticiens cette disposition au cancer suffit dans certains cas pour lui donner naissance, tandis que dans d'autres elle peut exister toute la vie, sans se manifester par aucuns symptômes extérieurs. On a pensé également que la diathèse cancéreuse n'a pas toujours le même degré d'intensité, ce qui expliquerait pourquoi une légère irritation suffit quelquefois pour provoquer le développement du cancer, tandis que dans d'autres cas il faut le concours de plusieurs causes occasionnelles très-puissantes pour lui donner naissance.

Marche et symptômes. La dégénérescence cancéreuse du sein débute le plus ordinairement par une petite tumeur plus ou moins régulièrement arrondie, dure, circonscrite, mobile sous le doigt, indolente, sans changement de couleur à la peau et pouvant occuper, soit un point du tissu graisseux de la mamelle, ce qui est le plus ordinaire, soit le corps de la glande mammaire proprement dit, dont le parenchyme devient dur, pesant, compact, et de plus en plus volumineux.

La tumeur squirrheuse qui s'est d'abord développée dans le tissu cellulo-adipeux du sein peut être facilement circonscrite par les doigts, parce qu'elle se trouve tout à fait isolée par des couches celluleuses qui l'entourent comme les parois d'un kyste. Dans les cas plus rares où l'induration morbide a commencé par affecter la glande mammaire elle-même,

la tumeur anormale ne peut être circonscrite et se confond dans tous les sens avec la partie saine. Lorsque la glande est entièrement envahie, elle se transforme en un corps irrégulier, bosselé, auquel adhère le mamelon et qu'enveloppe un tissu cellulaire et graisseux.

Pendant les premières périodes du cancer il arrive souvent que non-seulement la santé de la malade n'est pas troublée, mais même il semble au contraire que sa fraîcheur et son embonpoint augmentent. Malheureusement après un temps dont la durée est variable, la marche de la maladie vient déjouer ces fausses espérances; le plus souvent à la suite d'un coup, d'un froissement, de la suppression physiologique ou anormale des menstrues, et même sans cause appréciable, la tumeur isolée s'accroît rapidement, s'irradie en tous sens sur les parties voisines avec lesquelles elle contracte des adhérences, de telle sorte qu'elle envahit insensiblement toute la mamelle. Le squirrhe, qui a débuté par la glande mammaire proprement dite, prend aussi dans les mêmes circonstances une nouvelle extension, c'est-à-dire qu'après avoir envahi toute la substance de la glande, il se porte sur le tissu adipeux qui l'environne et continuant de marcher du centre à la circonférence, il étend ses ravages sur une portion plus ou moins grande des tissus extérieurs de la mamelle. La malade, qui a commencé par ne sentir dans le sein

qu'une sorte de démangeaison désagréable, et une sensation de chaleur et de picotement, éprouve des douleurs sourdes et profondes qui deviennent ensuite lancinantes et qui se manifestant et se dissipant avec la rapidité de l'éclair, sont comparées à des coups d'aiguilles ou de canif qui traverseraient brusquement la mamelle. La peau qui recouvre l'induration squirrheuse devient rose, luisante, tendue; les veines sous-cutanées sont noueuses, gorgées de sang, et parfaitement distinctes; le mamelon qui est attaché à la glande par les conduits galactophores et par un tissu résistant, ne pouvant suivre le développement de la tumeur vers l'extérieur, reste enfoui dans une sorte de bourrelet et finit souvent par s'effacer complètement à mesure que les parties qui l'entourent font plus de saillie.

La maladie, qui ne cesse pas de faire des progrès, change bientôt de face et se présente avec son caractère de destruction, en minant avec plus ou moins de fureur la vie de la malheureuse victime qu'elle a attaquée. C'est alors que les douleurs devenant de plus en plus fréquentes et atroces, et se faisant sentir de préférence le soir ou dans la nuit, empêchent la malade de goûter du repos et jettent un trouble général dans l'économie. La tumeur présente quelques points plus élevés et se dessinant en relief sur sa surface; la peau qui recouvre chacune de ses saillies et qui a pris une couleur rouge foncé ou livide, s'amin-

cit, se gerce et se couvre de fissures qui donnent issue à une sérosité ichoreuse, dont la couleur et la fétidité varient et dont l'âcreté enflamme et ulcère même les parties voisines. Ces fissures et ces ulcérations s'agrandissent, et se rapprochent au point de se confondre et de ne former bientôt qu'un horrible ulcère dont les bords se renversent, s'épaississent et se durcissent de plus en plus. Le cancer ulcéré du sein, parvenu à ce degré, présente une surface raboteuse, grisâtre et blafarde, qui dans quelques cas, se couvre de végétations rougeâtres et fongueuses, sécrétant un fluide sanieux le plus souvent très-fétide. Enfin des hémorrhagies fréquentes et résultant de la corrosion des vaisseaux diminuent quelquefois les douleurs, mais le plus souvent ces écoulements sanguins, au lieu d'être utiles, ne servent qu'à épuiser les forces de la malade.

Arrivée à ce point, la maladie n'est plus simplement locale, et l'on voit se manifester les phénomènes généraux dont l'ensemble constitue la cachexie cancéreuse. Ainsi la malade, qui perd son embonpoint et sa fraîcheur, et dont la peau prend une teinte jaune paille, est tourmentée par une toux sèche et fréquente, avec douleur et chaleur mordicante derrière le sternum : elle est agitée par des mouvements fébriles ; elle éprouve une anxiété extrême, une oppression pénible, un grand dégoût pour les aliments, une constipation opiniâtre alternant avec le dévoiement, enfin

la plupart des symptômes généraux qui dénotent la cachexie carcinomateuse dont il a été déjà question en parlant du cancer de l'utérus. Nous ajouterons que les glanglions sous-claviculaires s'engorgent, et que les glandes de l'aisselle et du cou, qui s'étaient tuméfiées, deviennent quelquefois bosselées et squirrheuses. Le membre supérieur correspondant au côté malade, est dans quelque cas œdémateux, tendu, douloureux et inhabile aux mouvements. Nous avons vu la dégénérescence cancéreuse du sein envahir non-seulement les muscles pectoraux, mais même dénuder les côtes et étendre ses ravages jusque sur la plèvre costale qui était elle-même mise à nu et devenue épaisse et fongueuse.

Le cancer de la mamelle ne se développe pas constamment en suivant la marche que nous venons d'indiquer; au lieu de commencer toujours par une petite tumeur dure, arrondie et siégeant dans le parenchyme de la glande mammaire proprement dite, ou dans le tissu cellulo-adipeux qui entoure cette glande, il envahit quelquefois et presque tout d'un coup une grande partie et même la totalité du sein ; cette forme du cancer a été observée surtout chez les femmes très-grasses parvenues à l'âge critique. La tumeur qui occupe tout le sein est un peu aplatie, dure, mobile avec le reste de la mamelle, mais non roulante. La peau qui la recouvre est toujours plus épaisse que dans l'état normal, et se trouve unie à elle par

un tissu cellulaire si dense, qu'il est tout à fait impossible de la faire glisser sur la surface de l'induration et de la soulever en la pinçant avec les doigts.

Comme ces changements dans la densité et le volume du sein s'opèrent le plus souvent dans le principe sans qu'il en résulte aucune douleur, la femme ne s'en aperçoit dans la plupart des cas, que lorsque la mamelle s'est considérablement accrue, ou quand il s'échappe du mamelon une sérosité claire et sanguinolente qui tache le linge. Bientôt la nature du mal ne laisse plus aucune incertitude; les téguments du sein induré, après avoir conservé pendant quelque temps leur couleur, deviennent ternes et présentent des saillies tortueuses produites par des veines variqueuses et noirâtres; la douleur qui a commencé par être tensive, ne tarde pas à devenir lancinante; le globe mammaire dont le volume et la dureté ont encore augmenté, présente également à sa surface des bosselures qui, en s'ulcérant, donnent naissance à tous les symptômes de la dernière période du cancer.

La dégénérescence cancéreuse de la mamelle peut aussi présenter la forme désignée par quelques auteurs sous le nom de *cancer mou*, qui se développe, soit dans la glande mammaire, soit dans le tissu cellulo-adipeux qui l'environne. Cette variété offre dans le principe non-seulement moins de dureté que le squirrhe, mais encore s'accroît avec beaucoup plus

de rapidité que lui. Il s'en distingue aussi par des bosselures plus larges, plus molles, et présentant une espèce de fluetuation. C'est aussi cette forme du eancer de la mamelle qui conserve le plus d'indolenee et qui offre des vaisseaux les plus dilatés. Lorsque la tumeur a acquis un certain volume, elle adhère de plus en plus à la peau, qui devient rouge et violacée, et permet alors de sentir beaueoup plus faeilement la fluetuation. Si l'on plonge un instrument tranchant au eentre de la partie ramollie, il s'en échappe du sang noir et de la sérosité sanguinolente; quand la tumeur s'ouvre d'elle-même, le plus souvent, il surgit de la plaie un champignon qui quelquefois s'étrangle et tombe, ce qui fait croire aux malades qu'elles sont guéries, jusqu'à ce qu'une ou plusieurs végétations de même nature viennent détruire ees consolantes illusions. Il arrive aussi dans quelques cas que la tumeur est formée par un grand kyste eontenant de trois à six onces de sérosité sanguinolente; les parois de ce kyste, qui sont ordinairement lisses, ressemblent à une séreuse, et offrent, sur un de leurs points, un ou plusieurs fongus. Cette forme de dégénéreseence enkystée est une des moins fâeheuses, et des moins sujettes à récidive, paree qu'il suffit d'enlever le kyste pour détruire la maladie. Lorsque la tumeur cancéreuse n'est pas enkystée, ce qui est incomparablement plus fréquent, le tissu malade, dont quelques portions ressemblent à eelui de la rate,

se confond avec le tissu sain, et souvent cette variété très fâcheuse du cancer mammaire, se termine par la gangrène.

Nous devons encore parler d'une variété décrite par *Lassus*; cet auteur dit, (pathol. chirurg. T. I.), qu'il est des femmes chez lesquelles à l'âge de 40 à 50 ans, les deux seins deviennent tout à coup volumineux et durs comme du marbre. La tuméfaction et la dureté s'étendent sur les épaules et le devant de la poitrine, la peau est rougeâtre et comme vergetée, les douleurs sont excessives, la malade éprouve une gêne considérable dans la respiration, et peut mourir avant l'ulcération de la tumeur. C'est cette variété que le professeur *Alibert* a désignée sous le nom de *càncer éburné*.

Enfin chez quelques sujets, ce n'est pas le tissu cellulaire ou le corps glanduleux de la mamelle qui sont primitivement affectés, mais bien la peau qui les recouvre; il se développe çà et là sur la surface des téguments du sein des tubercules durs, arrondis, de couleur violacée, augmentant graduellement en nombre et en volume et se confondant peu à peu en se rapprochant. La peau se durcit, se fronce, se retire sur la mamelle désséchée. Des douleurs lancinantes se font sentir, les glandes axillaires s'engorgent, et le mal ne tarde pas à faire ses ravages ordinaires. Cette variété se rattache à celle que *Boyer* dit survenir à l'âge critique, et dans laquelle le sein au

lieu de s'engorger, se racornit et se ratatine en prenant une eonsistance dure et eompaete dans un ou plusieurs points de sa eirconférence. La mamelle indurée, est dans ce eas, tellement adhérente aux parties subjacentes, qu'elle ne jouit d'aucune mobilité, et qu'elle semble tenir au mamelon presque entièrement effaeé par une eorde très dure. *Pouteau* (œuvres posthumes, T. I.) qui parle également de eette variété des eancers du sein, la regardait eomme la plus intraitable.

La *marche et la durée* du cancer des mamelles présentent des variétés nombreuses; nous eroyons devoir le distinguer en *cancer aigu*, *chronique* et *stationnaire*; le premier suit une marche rapide dont les périodes s'aecomplissent dans l'espace de trois à six mois; lorsque la récidive doit avoir lieu après l'opération, elle se manifeste ordinairement avant la cieatrisation de la plaie résultant de l'ablation de la tumeur. *Fabrice de Hilden* rapporte que dans l'espace de quatre mois, un caneer rongea toute la mamelle et les parties voisines. M. le professeur *Roux* (Mélanges de ehirurgie, p. 165), dit avoir vu le sein d'une dame parvenue à l'âge eritique, se gonfler considérablement et se eouvrir de larges ulcérations cancéreuses, qui déterminèrent la mort en moins de trois mois. Le *cancer chronique* a une marehe lente qui peut durer plusieurs années; il ne réeidive en général qu'après la cicatrisation de la plaie. Enfin

le *cancer stationnaire*, qui est plus rare que les précédents, parcourt ses périodes avec tant de lenteur, que les malades le conservent pendant un plus ou moins grand nombre d'années, et quelquefois même toute la vie; car elles succombent souvent dans un âge avancé, à une autre affection indépendante du cancer. Nous ajouterons que la marche de cette dégénérescence du sein est d'autant plus rapide que la tumeur est plus volumineuse, plus molle, et plus douloureuse; et que ceux qui repullulent après l'opération ont toujours une marche très prompte. Enfin nous dirons que le cancer du sein, comme les divers engorgements de cet organe, semble quelquefois s'accroître d'une manière périodique, correspondant avec l'écoulement menstruel. Les douleurs et la tumeur qui augmentent à chaque retour des règles, diminuent sensiblement pendant leur intervalle. Il est bon de signaler que ce soulagement momentané est le plus souvent attribué à l'efficacité d'un nouveau traitement dont on s'empresse toujours trop vite de proclamer les heureux effets.

La *terminaison* du cancer des mamelles abandonné à lui-même est presque constamment la mort des malades, qui est le plus souvent déterminée par les symptômes généraux, constituant la cachexie cancéreuse. Les femmes peuvent succomber également avant que le mal ait parcouru toutes ses périodes, à la suite de quelques complications, telles

qu'une pleurésie aiguë ou chronique, une hydrothorax ou une hydropisie générale, une affection grave du canal intestinal, enfin la gangrène qui s'empare souvent de la mamelle ; cette complication, qui ordinairement aggrave encore le pronostic, peut dans quelques cas très rares, devenir une voie de guérison en séparant les parties malades de celles qui sont saines ; malheureusement ce mode de terminaison ne met pas à l'abri d'une rechute, et l'espoir de guérison radicale qu'il fait naître est souvent éphémère. La cicatrisation spontanée du cancer sans traitement chirurgical, dont MM. *Nicod*, *Bayle* et *Cayol*, citent des exemples, est une terminaison encore plus rare que la précédente.

Le *diagnostic* de l'affection qui nous occupe est quelquefois difficile à établir, surtout dès le principe du mal ; ainsi on a pris une tumeur enkystée à base dure pour un squirrhe, mais cette méprise n'est d'aucune conséquence fâcheuse pour les malades ; car dans l'une et l'autre de ces deux espèces de tumeurs du sein, l'extirpation est indiquée. On a également confondu avec le squirrhe du sein, non-seulement les tumeurs fibreuses cartilagineuses qui s'y développent quelquefois, mais encore les engorgements chroniques, vénériens, scrophuleux, laiteux, dartreux, etc., qui dans quelques cas subissent la dégénérescence cancéreuse. On évitera presque toujours ces méprises en remontant aux circonstances

commémoratives, en suivant la marche de la maladie, et surtout en se rappelant les signes diagnostiques que nous allons faire connaître comme étant propres aux indurations cancéreuses du sein.

On pourra affirmer, sans craindre de se tromper une fois sur mille, qu'on a affaire à une induration squirrheuse de la mamelle, lorsqu'une tumeur siégeant sur un des points de cet organe sera dure, inégale, indolente, insensible à la pression, existera depuis plus d'un an, aura résisté au traitement des phlegmasies chroniques et à celui des engorgements scrophuleux, laiteux, dartreux, etc., sera devenue le siége d'élancements douloureux, instantanés, enfin sera tout à fait indolente et insensible pendant les intervalles des douleurs lancinantes comparables à des coups d'aiguilles.

Le *pronostic* varie selon l'étendue du mal, les périodes qu'il a parcourues, les complications, l'âge, le tempérament de la malade, en un mot toutes les circonstances qui peuvent exercer une influence avantageuse ou nuisible. Lorsque la femme est d'une forte constitution, jeune, bien réglée, affectée d'un squirrhe commençant et développé sous l'influence d'une cause externe, le pronostic est le moins grave possible. La maladie résiste avec beaucoup d'opiniâtreté à tous les moyens curatifs, lorsque les personnes sont irritables, nerveuses, mélancoliques, hypocondriaques. Quand la tumeur est volumineuse, adhé-

rente, étendue, inégale, lancinante, ramollie dans quelques points, surtout quand elle s'est développée spontanément et vers l'âge critique, le pronostic devient plus fâcheux ; mais il est encore plus grave lorsqu'à ces symptômes viennent se joindre l'engorgement considérable des ganglions axillaires, la dyspnée, la toux ; enfin il ne reste aucun espoir, quand les symptômes généraux sont très prononcés, quand la maladie, ayant parcouru rapidement ses périodes, a encore une influence fâcheuse sur la constitution, enfin quand la tumeur ulcérée dans une grande étendue, fournit une suppuration abondante, sanieuse et fétide.

Le *traitement du cancer* de la mamelle, n'ayant pas seulement pour objet de combattre cette affection après son développement, doit être divisé en *préservatif, curatif et palliatif.* Le traitement préservatif consiste à prévenir et à combattre par les moyens les plus convenables certaines maladies et certains dérangements des fonctions qui, d'après l'opinion des plus grands praticiens, peuvent être l'origine du cancer, entr'autres la suppression des menstrues, les engorgements scrophuleux, laiteux, dartreux, vénériens, et toutes les phlegmasies aiguës et chroniques du sein. Le traitement préservatif du cancer du sein n'est donc le plus souvent que le traitement curatif d'une maladie préexistante. C'est ainsi que des praticiens des plus distingués, ayant fait disparaître

par les antiphlogistiques généraux et locaux, et les fondants, etc., des engorgements chroniques de la mamelle, ont affirmé positivement avoir guéri des tumeurs de nature cancéreuse, tandis que dans presque tous les cas, ils n'avaient fait que les prévenir.

Si, selon nous, le cancer confirmé est une affection incurable par les seules ressources de la médecine proprement dite, nous pensons, en nous appuyant sur notre propre expérience, et sur les observations d'un grand nombre de médecins, entr'autres *Hippocrate*, *Galien*, *Fearon*, *Ledran*, *Vacher*, *Pouteau*, *Hufeland*, *Marc-Antoine Petit*, de Lyon, *Lisfranc*, *Récamier*, *Lallemand*, de Montpellier, etc., nous pensons, disons nous, qu'on peut, lorsque le mal n'est pas ancien, espérer obtenir la résolution de certains engorgements durs du sein, qui, sans qu'on puisse affirmer qu'ils soient véritablement squirrheux, puisqu'on n'en a pas fait la dissection, offrent du moins la plus grande analogie avec les tumeurs de cette nature, et présentent souvent des caractères parfaitement identiques.

Le traitement des tumeurs squirrheuses des mamelles consiste à éloigner les causes qui ont pu lui donner lieu, si l'on est parvenu à les découvrir, puis à recourir à l'emploi méthodique des différents moyens que nous allons faire connaître. Si la femme est jeune et pléthorique, on devra d'abord pratiquer

une saignée générale, que l'on renouvellera plusieurs fois, si le mal est à l'état aigu, puis on fera des applications de sangsues autour de la tumeur, qui sera ensuite recouverte d'un cataplasme émollient, arrosé de laudanum. Les fumigations d'eau de sureau, les bains généraux, les boissons délayantes, un régime doux, les frictions sur la peau, les infusions diaphorétiques, l'habitation d'un lieu sec et bien aéré, la gaicté, les distractions douces et agréables, l'exercice modéré, en ayant la précaution d'éviter les mouvements violents du membre supérieur correspondant à la mamelle affectée, enfin l'exécution parfaite de toutes les fonctions de l'économie contribueront aussi pour beaucoup à la résolution de l'induration.

Si, après avoir employé pendant quelque temps tous ces moyens, on s'aperçoit que la tumeur a cessé de diminuer, et n'est le siége d'aucune douleur, il sera bon de recourir aux résolutifs et aux fondants, mais avec la précaution de les associer d'abord aux émollients, dans la crainte de déterminer une trop vive irritation. Ainsi on emploiera des cataplasmes de farine de graines de lin et de fèves de marais, faits avec de l'eau simple, puis successivement avec de l'eau de sureau, de camomille, de savon, enfin avec un mélange d'eau végéto-minérale ou d'une décoction de roses de Provins dans du vin rouge. A l'emploi de ces topiques résolutifs, on fera succéder celui d'autres agents plus actifs, tels que le liniment ammo-

niacal, les emplâtres de savon camphré, de ciguë, de Vigo cum mercurio, les frictions avec la pommade mercurielle ou d'hydriodate de potasse, les fumigations de vinaigre, d'ammoniaque, de cinabre et de baies de genièvre, enfin les sachets de toile fine, contenant de l'hydrochlorate d'ammoniaque bien desséché et réduit en poudre. On prescrira en même temps l'usage interne des apéritifs et des amers, entr'autres les sucs de chicorée sauvage, de fumeterre, de buglosse, les tisanes de patience, de saponaire, de scabieuse, auxquelles on joindra de temps en temps quelques doses convenables de sulfate de soude, de magnésie, l'usage des eaux de Sedlitz, ou de quelques autres laxatifs doux, qui, produisant une excitation passagère du tube digestif, aideront la résolution et concourront à augmenter l'efficacité des autres moyens. L'application d'une peau de cygne ou de lapin est également avantageuse pour entretenir le sein dans une température uniforme et dans un état de moiteur ordinairement très-favorable. Nous ajouterons encore que dans la plupart des cas, on pourra, comme le pratique M. *Lisfranc* (1), faire succéder aux antiphlogistiques, et combiner avec les résolutifs et les fondants, les excitants locaux, entre autres les applications souvent répétées des sangsues

(1) Dans la dissertation inaugurale (n° 68, 1er mai 1826) le docteur *Corbin* a publié plusieurs observations, constatant l'efficacité de la méthode de M. *Lisfranc*, dont nous avons pu par nous-même apprécier les heureux résultats.

en petit nombre, de trois à six, et employées alternativement avec de petits moxas de trois à quatre lignes de diamètre, ou de très-petits vésicatoires placés autour de la mamelle.

La *compression*, importée en France par M. *Biett*, après avoir été mise en usage en Angleterre d'abord par M. *Yung*, et plus tard par M. *Pearson*, et le docteur *Ch. Bell*, qui la rejeta et la signala comme toujours nuisible, dans un rapport qu'il fit au nom du comité médical de Middlesex, la compression, disons-nous, est encore un moyen qui, combiné avec quelques-uns de ceux que nous avons indiqués, constitue une nouvelle méthode de traitement qui mérite de fixer l'attention des médecins. Si ce moyen, dont M. *Récamier* a obtenu d'heureux résultats, n'a pas été efficace et même n'a pu être supporté par la plupart des malades, dans plusieurs cas, il a procuré des guérisons désespérées, ou au moins il a rendu plus facile l'extirpation du mal, soit en réduisant la tumeur à un plus petit volume, soit en la rendant mobile et en l'isolant des parties avec lesquelles elle avait contracté des adhérences.

L'application de ce traitement consiste dans une compression permanente, exercée pendant un certain temps sur les mamelles atteintes de cancer à différents degrés, même à l'état d'ulcération, qu'il faut, dans ce cas, préalablement cautériser de manière à produire l'escharre de toutes les parties affectées et à

pouvoir ensuite rapprocher les bords de la plaie avec des bandelettes agglutinatives. Comme il serait trop long de décrire avec détail le bandage de M. *Récamier*, nous nous contenterons de dire qu'il se compose d'une longue bande et de plusieurs disques d'agaric interposés entre chaque circulaire, de manière à emboiter mollement et également la tumeur et à former un cône tronqué, dont la base recouvre tout le sein, et dont le sommet correspond autant que possible au centre de l'induration.

Pour comprimer d'une manière moins générale et moins forte toute la circonférence des parois thoraciques, et dans le but de pouvoir agir plus localement et plus graduellement sur la tumeur sans presser en aucune manière le sein non malade, nous avons imaginé, il y a déjà dix ans, un bandage mécanique qui se place et se déplace en quelques minutes. Ce compresseur, établissant une pression locale que le médecin et la malade peuvent augmenter ou diminuer à volonté au moyen d'une clef, rend ce moyen curatif beaucoup plus supportable, et n'exige pas, comme le bandage avec de longues bandes, d'être enlevé complètement lorsque la compression est trop douloureuse ou quand elle gêne la dilatation de la poitrine et par conséquent la respiration. Nous ajouterons que notre compresseur mammaire qui, au moyen de bretelles, peut rester appliqué au lit, et lorsque la malade est levée, réclame, comme le ban-

dage de M. *Récamier*, des disques d'agaric très-mou et de grandeur inégale. L'ensemble de l'appareil se compose : 1° d'une pelotte concave et élastique, destinée à recouvrir et à maintenir l'agaric sur la tumeur; 2° d'une ceinture de deux pouces et demi de largeur et d'une aune de longueur, et présentant une ouverture que l'on peut agrandir à volonté, et qui est destinée à loger le sein non affecté, et à éviter toute espèce de compression sur cet organe; 3° une plaque en acier, présentant sur la face externe et antérieure une vis de pression sur un de ses bords, dans le sens vertical, une boucle armée de six points, et sur l'autre un cylindre mobile, terminé par des crans et susceptible d'être tournée ainsi que la vis pour augmenter la pression ou racourcir la ceinture. Comme nous donnons à la fin de l'ouvrage un dessin et une explication détaillée de cet appareil, nous bornons là ce que nous avions à en dire actuellement.

M. *Récamier* n'emploie pas toujours la compression isolément et d'une manière exclusive; ainsi il fait précéder ce moyen de l'application de sangsues, de la cautérisation, de l'énucléation, de la ligature, selon que la tumeur est douloureuse et enflammée, ou se trouve être le siége de masses squirrheuses ulcérées, et de végétations fongueuses. Si nous pensons, avec l'habile praticien que nous venons de citer, qu'en général la compression rend la tumeur plus mobile et plus favorable au succès de

l'opération, nous sommes d'avis qu'on ne doit recourir à ce moyen que lorsque l'induration est peu douloureuse à la pression et ne présente aucune solution de continuité. Nous devons dire aussi qu'il est des femmes qui ne peuvent supporter la compression de quelque manière qu'elle soit exercée, et que d'ailleurs les soins assidus qu'elle exige pendant plusieurs mois sont assez fatigants pour qu'on se soit demandé si l'extirpation ne serait pas préférable, lors même que la compression serait toujours supportable, avantageuse, et offrirait des exemples de guérison plus nombreux que ceux que la science possède. Quant à nous, nous pensons que lorsque les malades pourront supporter la compression, il sera bon d'y recourir, ainsi qu'à tous les autres moyens, avant de se décider à l'ablation des parties cancéreuses.

Lorsque l'emploi méthodique des moyens internes et externes que nous venons d'indiquer auront procuré une diminution sensible de la tumeur, on devra en continuer l'usage tant qu'ils paraîtront agir favorablement; mais si l'induration conservait sa consistance et son volume, et à plus forte raison, si elle augmentait d'étendue, devenait douloureuse et irrégulière; enfin si elle s'ulcérait, se ramollissait, et présentait tous les caractères du cancer confirmé, on devrait renoncer à l'espoir d'en obtenir la résolution, et s'abstenir désormais de fatiguer la ma-

lade par un traitement dont l'inutilité est évidente, et qui, continué plus long-temps, deviendrait très-nuisible en hâtant les progrès de la dégénérescence cancéreuse.

Nous n'entreprendrons pas de dérouler l'immense tableau des substances qui tour à tour ont été préconisées dans le traitement du cancer ulcéré des mamelles; leur inutilité, généralement reconnue, est pour nous une excuse assez légitime. Nous nous contenterons de rappeler en peu de mots les moyens thérapeutiques qui ont plus particulièrement fixé l'attention des médecins; mais nous devons prévenir nos lecteurs que nous passerons sous silence les médicaments internes dont il a déjà été question en parlant du cancer de la matrice. Parmi les remèdes externes qui ont eu une vogue plus ou moins méritée, nous citerons d'abord l'arsenic employé seul ou uni à d'autres substances par *Jean Gaddesden*, *Valescus de Tharare*, *Fuchs*, *Paracelse*, *Reusner*, *Jérôme Capivacci*, *Pierre Alliot*, *Deidier*, *Roosselot*, le frère *Côme*, *Justamont*, le célèbre *Dubois*, MM. *Zanc*, *Eugniard* de Lyon, *Grandpré* de Givors (1) et une foule d'autres qu'il serait trop long de citer.

(1) C'est surtout dans le traitement des ulcères carcinomateux superficiels que M. Grandpré a constaté les heureux effets de l'arsenic combiné avec le soufre et surtout avec le sulfure de mercure (cinabre), employé principalement en fumigations dirigées sur la surface affectée qui est isolée au moyen d'un appareil pour

Le plomb a été aussi employé à l'état d'oxyde sous forme d'emplâtre, par *Balthazar Timée* ; à l'état d'acétate en dissolution par *Goulard*, *Imbert*, *Fearon* *Boyer* et *Pissier* (1) ; enfin à l'état métallique au moyen d'une plaque couverte d'onguent diapompholigos, par *Jean Schmidt*. Le mercure à l'état de proto et de deutochlorure a eu également ses partisans, entr'autres *Dowman*, *Norford*. Il en est de même du carbonate, du phosphate et de l'arseniate de fer recommandé par M. *Carmichaël*, du sulfate de cuivre et du muriate de baryte; enfin des acides étendus, surtout l'acide hydrochlorique, et de divers corps à l'état de gaz, entr'autres l'acide carbonique (*Peyrilhe*, *Evrart*, *Fourcroy*), le chlore gazeux, les vapeurs sulfureuses, mercurielles et arsénicales (*Grandpré*).

Le règne végétal a également fourni un grand nombre de remèdes externes prétendus anti-cancéreux, tels sont l'opium, la ciguë (*Stork*, *Kapp*), la morelle (*Vésale*), la belladone (*Lambergen*), le quinquina (*Dieterich*), la carotte rapée (*Sultzer*), et une foule d'autres substances végétales. Dans le règne animal, on trouve le suc gastrique des animaux, le

éviter de respirer les vapeurs vénéneuses. Le remède de Plunket contre le cancer des mamelles était aussi une combinaison de l'arsenic et du soufre, mais ce médecin y joignait une certaine quantité de poudre de renoncule et n'employait ce mélange que comme topique.

(1) M. Pissier unissait l'opium à l'oxyde de plomb, et le professeur Boyer, à l'acétate du même métal.

sang et la chair de bœuf, l'eau de colimaçons, et surtout celle de frai de grenouille, dont l'efficacité merveilleuse a été vantée par *O. P. Braun*. La cautérisation au moyen du fer rouge ou des rayons solaires réunis par une lentille, ou enfin avec divers escharotiques, tels que la poudre arsénicale, les acides nitrique et hydrochlorique, le chlorure d'antimoine, le nitrate d'argent, le nitrate acide de mercure ont été aussi rangés dans le cadre immense des moyens thérapeutiques externes (1).

Si l'on pouvait localiser le mal et borner son action à la partie dégénérée, rien ne serait plus facile que de guérir le cancer du sein, puisqu'il est presque toujours possible de l'enlever complétement; malheureusement, lorsque les malades se décident à l'opération, il n'en est pas ainsi, et le plus souvent toute l'économie participe alors à l'affection cancé-

(1) De tous les caustiques employés dans le traitement des affections cancéreuses, il n'en est pas dont l'usage soit plus général que celui de Roosselot modifié par le célèbre Dubois. Cette pâte se compose de sang dragon une once, sulfure de mercure, demi-once, acide arsenieux, demi gros qu'il faut pulvériser et mêler exactement. Pour employer ces substances, il faut les humecter jusqu'à consistance de pâte. Dupuytren employait avec avantage le nitrate de mercure préparé dans les proportions suivantes : mercure cristallisé, quatre gros, acide nitrite, une once. M. Recamier fait souvent usage de ce moyen, ou d'une solution concentrée de potasse caustique. Nous ajouterons qu'il faut cautériser profondément de manière à atteindre de la totalité du cancer qui, n'étant pas détruit complétement, repullule avec beaucoup de promptitude et avec une nouvelle fureur.

reuse. C'est pour cette raison que dans beaucoup de cas, la tumeur qu'on a enlevée est bientôt remplacée par une autre, avant même que la cicatrisation soit achevée, et il semble que dans ce cas le mal ait pris une nouvelle force, car il marche alors avec une rapidité désespérante. Il est donc important d'opérer plus tôt que trop tard, parce que lorsque le mal se bornera à une induration peu étendue et non ulcérée, on aura non seulement moins à craindre les récidives, mais encore la tumeur à enlever étant petite et mobile, exigera une opération de peu d'importance, tandis que, en différant, la dégénérescence ayant pris de l'accroissement; constitue une maladie grave, très disposée à se reproduire, et nécessitant une opération laborieuse, et à l'aide de divisions étendues et profondes.

Quoique *Celse* (1), *Archigènes* (2), *Albucasis* (3), *Pierre Cerlata* (4), *Léonard de Bertapaglia* (5), *Jean Tagault* (6), *Triller* (7), *Monro* (8), *Reneaulme* (9), *Boyer* (10), *Rouzet* (11), et quelques

(1) *Celse*, Liv. V. cap. 18.
(2) *Ætius*, Tetrab. IV serm. 4. cap. 43.
(3) *Albucasis*, chirurg. lib. I sect. 50.
(4) P. *Cerlata*, Philos. lib. VII. cap. 33.
(5) *Leonhard*, chirurg. Tr. I cap. 25.
(6) *Tagault*, instit. chirurg. lib. I cap. 15.
(7) *Triller*, Haller. Diss. chirurg. T. II. p. 473.
(8) *Monro*, acta Edimbourg, supplém. 1752.
(9) *Reneaulme*, non ergo mammæ sect. curand. Paris, 1732.
(10) *Boyer*, traité des malad. chirurg. t. VII, p. 297. 1821
(11) *Rouzet*, recherches et observ. sur le trait. du cancer, Paris, 1818, 1 vol. in-8°.

chirurgiens modernes, soient plus ou moins des antagonistes de l'extirpation du sein cancéreux, nous pensons avec *Galien* (1), *Léonidas* (2), *Aetius* (3), *Paul d'Égine* (4), *Avicène* (5), *Rhazes* (6), *Lanfranc* (7), *Scultet* (8), *de la Vauguyon* (9), *Heister* (10), *Cheselden* (11), *Verduc* (12), *Ledran* (13), *Lecat* (14), *Garengeot* (15), *Dionis* (16), *J.-L. Petit* (17), *Vacher* (18), *Siebold* (19), *Sabatier* (20), *Camper* (21), *Desault* (22), *Bell* (23), *James Hill* (24), enfin *Scarpa*, *Dupuytren*, MM. *Roux*, *Richerand*, *Zang*, *Cloquet*, *Lisfranc*,

(1) *Galien*, méthode méd. lib. XVI.
(2) *Leonidas*, Ætius. tetrab. IV, serm. IV, cap. 43.
(3) *Ætius*, loc.cit. cap. 42.
(4) *Paul Ægin.* lib. VI, cap. 45.
(5) *Avicenne*, canon. lib. IV. fen. III, cap. II.
(6) *Rhazes*, continens. lib. XIII, cap. 2.
(7) *Lanfranc*, chirurgia parva. tr. I. Doct. 3, cap. 13.
(8) *Scultet*, armamentarium chirurg. Pars I, p. 22, tab. XIV, et tab. XXXVI.
(9) *De la Vauguyon*, traité compl. des opér. de chirurg. chap. 17, p. 163.
(10) *Heister*, chirurg. t. II. cap. 107.
(11) *Cheselden*, observ. and felt of iortman. 1749 et biblioth. chir. de *Haller*, t. II, p. 24.
(12) *Verduc*, opérat. de chirurg. et pathol. t. I, chap. 15.
(13) *Ledran*, traité de opérat. de chirur. p. 375.
(14) *Lecat*, biblioth. chirurg. de *Haller*, t. II, p. 176.
(15) *Garengeot*, traité des opérat. chirurg. t. II, chap. VII, art. I.
(16) *Dionis*, cours d'opérat. chirurg. Dem. 5, p. 381.
(17) *Petit*, traité des malad. chirurg. t. I, chap. 4.
(18) *Vacher*, dissert. sur le cancer des mamelles. 1740.
(19) *Huermann*, chirurg. opér. t. II. cap. 20.
(20) *Sabatier*, méd. opérat.
(21) P. *Camper*, Gences natur. etc., p. 194.
(22) *Desault*, œuvres chirurg. par *Bichat*, t. II.
(23) *Bell.* treatise on the theory and-manag. of ulcers. part. II, sect. 8, Edimbourg, 1778.
(24) *Hill.* Cases in surgery, Edimbourg, 1772.

S. Cooper, Breschet, Velpeau, Sanson, Begin, Amussat et un grand nombre d'autres chirurgiens distingués de notre époque, nous pensons, disons-nous, que l'opération doit être toujours tentée lors qu'il n'existe pas les contre-indications que nous faisons connaître.

Si l'on nous oppose que sur 60 femmes que *Monro* (loc. cit.) a vu opérer, 4 seulement n'avaient point eu de rechute au bout de deux ans; si l'on nous dit aussi que le célèbre *Boyer* (loc. cit.) porte un pronostic aussi défavorable, puisque sur 100 cas d'extirpation de parties cancéreuses, il n'a eu que 5 sujets guéris radicalement, nous opposerons le témoignage de *James Hill*, qui, sur 98 cas de cancer, n'a vu que 12 récidives; et nous pourrions citer aussi le docteur *North*, qui n'a remarqué qu'un petit nombre d'insuccès sur plus de 100 exemples. Enfin à un grand nombre d'autres faits authentiques, constatant des guérisons radicales, nous pourrions ajouter l'observation de *Zeller de Zellemberg* (1), qui, en 1810, amputa avec succès complet un sein cancéreux présentant plus de deux pieds de diamètre, et celle non moins curieuse de *F.-T. Oehmer* (2), qui enleva aussi heureusement une mamelle cancéreuse pesant dix livres, sur une femme enceinte qui accoucha sans accident, et se rétablit

(1) *Zeller* abhandlung, ueber etc. Wien, 1810 p. 194.
(2) *Oehmer*, observ. einer. scirrheusen etc. 1774.

parfaitement. Enfin, nous rappellerions l'ablation des deux mamelles faite avec succès sur la même femme par *Foubert* (1) et la même opération pratiquée il y a quelques années par MM. *Thuillier* et *Thibault* (2) à l'hôpital de Limoges, sur une fille de vingt-deux ans, dont les deux mamelles étaient atteintes d'une dégénérescence squirreuse. Ces deux organes étaient tellement tuméfiés, qu'ils pesaient 29 livres environ, et n'avaient mis que quatre ans pour parvenir à cette grosseur extraordinaire. La mamelle enlevée à la première opération pesait quatorze livres et demie, et la cicatrisation de la plaie n'eut lieu que dans l'espace de 75 jours. La seconde mamelle, dont le poids équivalait à celui de la première, fut opérée trois mois après, et la cicatrice fut obtenue dans les quinze jours qui suivirent.

Sans vouloir décrire ou seulement indiquer tous les procédés proposés ou employés par les auteurs pour l'extirpation du cancer des mamelles, nous allons nous borner à décrire l'opération telle qu'elle est pratiquée par la plupart des chirurgiens de notre époque; mais nous aurons le soin de faire connaître les diverses modifications que nécessitent la mobilité, le peu de volume, le grand développement, les adhérences de la tumeur, ou enfin la dégénérescence totale de la mamelle, et les diverses complications qui peuvent se rencontrer.

(1) Mém. de l'acad. de chirurg. t. III. p. 18, Par *Ledran*.
(2) Dissert. sur le cancer, etc. par M. *Gaudeix Laborderie*, Paris, 9 juillet 1827.

Manuel opératoire. Afin d'avoir moins à craindre les syncopes, et pour que le chirurgien soit plus commodément pendant l'opération, nous pensons qu'au lieu de faire asseoir la malade sur une chaise, il vaut mieux qu'elle reste couchée sur un lit ou sur une table, disposée de manière que la tête et la poitrine soient assez élévées pour rendre le sein aussi saillant que possible.

Lorsque la tumeur est circonscrite, mobile, et peu volumineuse, il suffit de faire à la mamelle une incision longitudinale proportionnée au volume de l'induration, puis avec une érigne double ou encore mieux avec la pince beaucoup plus commode que nous avons imaginée pour cette opération, on saisit, après avoir fait écarter les bords de la division, la production morbide, et on l'attire au dehors avec la main gauche, pendant que la droite, armée d'un bistouri convexe, achève de l'isoler et de détacher les liens celluleux et vasculaires auxquels elle adhère. Quand on s'est rendu maître du sang par la ligature ou la torsion, on réunit les lèvres de la plaie avec des bandelettes agglutinatives. (Voyez Pl. IV. fig. 8.)

Si la mamelle était très développée, surtout si la tumeur était volumineuse, quoique circonscrite et mobile, il serait avantageux, d'après le conseil donné d'abord par *Paul d'Égine* (1), de ne pas ménager la peau, et d'en exciser un ellipse plus ou moins large.

(1) De re med. lib. lib. VII, cap. 46.

De cette manière, l'opération deviendrait non seulement plus facile et plus prompte, mais même aurait un succès plus probable, parce que les lèvres de la plaie se trouveraient dans de meilleures conditions pour être réunies exactement, que si tous les téguments avaient été conservés. Dans le cas où la peau serait elle-même altérée, amincie et adhérente à la tumeur, on devrait, à plus forte raison, se conduire d'après le même précepte, c'est-à-dire cerner toutes les parties affectées par deux incisions semi-elliptiques, qui doivent toujours comprendre une certaine portion des tissus sains. Si la mamelle entière était envahie, il faudrait alors, d'après le précepte de *Pimpernellé, de Verduc*, et de la plupart des chirurgiens modernes, circonscrire l'organe par deux incisions demi circulaires, de manière à ce que le grand diamètre de la plaie soit dirigé obliquement de haut en bas et de dehors en dedans dans le sens des fibres charnues du grand pectoral, dont on augmenterait la saillie et la tension en faisant maintenir par un aide le bras en haut et en dehors.

Pour procéder à l'opération, le chirurgien, après avoir fait placer la malade comme nous l'avons indiqué, devra tirer la peau de la mamelle en sens contraire de la première incision semi-lunaire, c'est-à-dire l'inférieure, puis lorsqu'elle sera achevée, il abaissera lui-même avec la main gauche les parties à extirper, et faisant tendre supérieurement les té-

guments par un aide, il portera l'instrument tranchant dans l'angle externe de la première division, et pratiquera l'incision supérieure qu'il terminera à l'angle inférieure de la plaie dont il achèvera l'ellipse. Lorsque la masse cancéreuse aura été ainsi circonscrite, il saisira la masse à enlever avec notre érigne ou une pince de Muzeux, puis il disséquera la tumeur d'abord de bas en haut, puis de haut en bas, en ayant la précaution de laisser une portion de tissu sain autour de la glande affectée ; si la profondeur du mal l'exigeait, il faudrait ne pas craindre d'aller jusqu'aux fibres charnues, et même jusqu'aux os.

Dans le but d'achever plus vite l'ablation de la tumeur cancéreuse, on pourra souvent se dispenser de lier les artères à mesure qu'elles seront ouvertes, en faisant boucher leur orifice avec les doigts d'un aide. Si quelques parties affectées ou soupçonnées de l'être avaient d'abord échappé à l'instrument, il faudrait sur-le-champ les extirper ; enfin, après avoir lié les vaisseaux et nétoyé la plaie, l'opérateur en rapprochera les bords et les maintiendra en contact avec le pouce et l'indicateur de chaque main, pendant qu'un aide appliquera de longues bandelettes agglutinatives, en commençant par celles du milieu. Le nombre de ces bandelettes doit varier selon l'étendue de la plaie, et on doit laisser un peu d'intervalle entre chacune d'elles, pour donner issue au pus et autres liquides sécrétés. Un plumasseau enduit de

cérat, un ou deux gâteaux de charpie, des compresses longuettes soutenues par un bandage de corps, complètent l'appareil de pansement que nécessite cette opération.

Si la perte de substance était considérable au point de rendre impossible ou au moins très-difficile le rapprochement des bords de la division, il serait bon, d'après le précepte de M. *Lisfranc*, d'isoler chaque côté de la plaie, des parties sous-jacentes, dans l'étendue d'un ou de plusieurs pouces : à l'aide de ce moyen, on trouve assez de téguments pour réunir immédiatement la solution de continuité. Dans le cas où on ne voudrait pas recourir à la réunion immédiate, les bandelettes agglutinatives deviendraient inutiles, et il suffirait de recouvrir la plaie d'un linge fenêtré, enduit de cérat, de quelques plumasseaux de charpie et de plusieurs compresses. S'il existait un engorgement des ganglions axillaires qui inspira quelques craintes, on devrait prolonger l'angle supérieure de la plaie jusque sur ces indurations glandulaires, mais si elles étaient trop éloignées, il vaudrait mieux, pour en faire l'extirpation, les mettre à découvert, à l'aide d'incisions indépendantes; enfin, si l'on craignait la lésion de quelques vaisseaux un peu volumineux, il faudrait, après les avoir convenablement isolés, lier le pédicule des ganglions engorgés, et le diviser ensuite au-devant du fil, comme le conseillent J.-L. *Petit*, *Desault*, *Dupuytren*, *Zang*,

MM. *Lisfranc*, *Velpeau*, et plusieurs autres chirurgiens distingués.

Dans le cas où la plaie prendrait un mauvais aspect peu de jours après l'opération, on en ferait justice avec des applications de chlorure d'oxide de sodium à trois degrés ou du vin miellé et quelques cautérisations successives avec le nitrate d'argent. S'ils se déclarait tout à coup des symptômes de résorption purulentes, tels que des maux de cœur, des frissons, la fièvre, etc. ; il faudrait se hâter de détruire les adhérences sous lesquelles le pus s'accumule, et placer ensuite une mèche pour s'opposer au rapprochement trop prompt des bords de la plaie. On ne devra jamais perdre de vue que c'est à l'oubli de ce point important de thérapeutique chirurgicale, qu'il faut rapporter la plupart des insuccès de l'ablation des mamelles, et d'une foule d'autres opérations.

Nous terminerons en disant que, si dans la suite il se manifestait quelques végétations ou quelques petits tubercules de nature douteuse, il faudrait, à l'exemple de *Lapoterie*, du frère *Côme*, de *Zang*, et de quelques chirurgiens modernes, les détruire au plus tôt, soit avec l'instrument tranchant, soit avec le feu ou quelques substances caustiques, telles que la pâte arsénicale, le nitrate acide liquide de mercure ou la pierre infernale.

Circonstances qui contr'indiquent l'opération. Deux choses selon M. *Richerand* peuvent contr'indiquer

l'opération; l'étendue trop considérable de la dégénérescence locale, et l'infection cancéreuse générale. L'opération doit aussi être rejetée dans les cas où la mamelle est immobile, adhérente aux côtes, et comme cimentée sur la poitrine, quand la marche du mal a été rapide, quand la peau est tuberculeuse au loin, et enfin lorsque les glandes de l'aisselle sont profondément engorgées et jusqu'au voisinage des gros vaisseaux. Nous devons dire cependant que cette dernière circonstance peut, suivant la remarque de *Dupuytren*, dépendre d'une irritation sympathique, qui cesse lorsqu'on en a détruit la cause (1). Nous ajouterons que le cancer largement ulcéré, le cancer encéphaloïde, mélanique, de même que le cancer squirrheux ayant envahi subitement la totalité de la mamelle, sont les plus exposés à une récidive prompte. Au contraire, les tumeurs squirrheuses mobiles, récentes et peu volumineuses, les cancers hydatiformes, enkystés, tuberculeux, offrent des chances les plus favorables à la réussite de l'opération et à la guérison radicale de la maladie.

Malgré l'exemple de *Foubert*, rapporté par *Ledran* (2), qui fit avec succès à la même femme et

(1) C'est sans doute dans des cas de ce genre, que *Louis*, *Desault*, *Assalini*, *Sœmmering* et quelques autres, ont extirpé avec succès, des mamelles cancéreuses, sans enlever les glandes axillaires engorgées.

(2) Mémoires de l'Acad. de chirurg. t. III, p. 18.

dans le même jour, l'amputation des deux mamelles dont l'une était profondément ulcérée et l'autre squirrheuse; Malgré la réussite de MM. *Thuiller* et *Thibauld* de Limoges (voyez page 904), nous regardons l'existence simultanée de plusieurs tumeurs cancéreuses dans différents organes comme étant presque toujours une contr'indication de l'opération. Il y a égalment peu à espérer, lorsque l'affection est héréditaire, lorsqu'il existe des symptômes généraux de cachexie cancéreuse, ou quand la femme éprouve depuis long-temps des dérangements notables dans la menstruation.

Quoique plusieurs auteurs disent que la récidive est une circonstance qui doit éloigner toujours l'idée d'une nouvelle opération, nous pensons qu'on ne saurait trop peser les chances de guérison, avant d'abandonner les malades à leur malheureux sort; car, *Morgagni*, *Sabatier*, *Lacombe*, *L.-M. Pousse*, etc., sont parvenus à obtenir une guérison complète après une seconde et même une quatrième opération.

Traitement palliatif. Lorsque le cancer du sein n'est pas ou n'est plus de nature à être opéré, ou lorsque, la malade se refusant à l'opération, il n'est pas permis d'espérer une cure radicale, le médecin doit tâcher de rendre le mal plus supportable, et d'en arrêter les progrès par un traitement palliatif. Ce

traitement consiste dans le régime et dans l'emploi interne et externe de divers médicaments. On prescrit dans ce but une diète lactée, des substances végétales, quelques viandes blanches, des boissons tempérantes. Comme c'est la médecine des symptômes qu'on aura à faire, tantôt on cherchera à relever les forces par les toniques et les amers, tantôt on calmera les douleurs et on combattra les accidents nerveux par les narcotiques et les antispasmodiques, administrés sous la forme de potions, de pilules ou de lavements, etc. On prescrira aussi des fomentations et des applications calmantes; surtout l'extrait d'opium dissous dans l'acétate de plomb liquide ou incorporé à un liniment ou au cérat employé comme topique; enfin l'usage des bains, les petites saignées générales, les applications de sangsues autour de la mamelle, et une foule d'autres moyens qui devront varier selon les symptômes, aideront à conduire les malades à la tombe le plus doucement possible. Heureuses, dit M. *Richerand*, si elles peuvent joindre à l'oubli de leurs maux les douces illusions de l'espérance.

DES TUMEURS ENKYSTÉES, ET DES DIVERS ESPÈCES D'ENGORGEMENTS CHRONIQUES DES MAMELLES.

Il y a deux espèces de tumeurs enkystées des mamelles, les unes contiennent un fluide séreux dans les cellules qui les composent, les autres ren-

ferment des hydatides globuleuses. Dans le principe, ces tumeurs qui croissent avec beaucoup de lenteur, et qui sont le plus souvent regardées comme étant le résultat de l'inflammation chronique du sein, ne deviennent douloureuses qu'aux approches de chaque évacuation menstruelle. Au bout de quelque temps une partie du kyste devient fluctuante, tandis que le reste de la tumeur conserve sa dureté primitive, et l'on ne voit changer de couleur la peau qui le recouvre, que lorsqu'il commence à s'ulcérer ; ce n'est même qu'à l'époque où l'ulcération s'opère, que la santé des malades se trouve légèrement troublée.

Ces tumeurs qui se développent depuis l'âge de quinze ans jusqu'à soixante, sans qu'on puisse en connaître la cause, peuvent être multiples, ou se présenter sous la forme d'un kyste simple. Dans l'un ou l'autre cas on les guérit radicalement par l'extirpation ; cependant lorsqu'il y a un kyste simple, *Sir A. Cooper* (1) s'est borné quelquefois à le percer avec une lancette, et la guérison a eu lieu à la suite de l'inflammation adhésive et suppurative qui succédait à cette petite opération (2). Enfin nous ajou-

(1) The Lancett. t. II, p. 368-370.

(2) Nous pensons que la ponction ne peut être suivie de guérison que lorsqu'on a affaire à un kyste acéphalocyste ; dans les kystes séreux le liquide se reproduit toujours lorsqu'il a été évacué ; l'extirpation de la tumeur est donc le seul moyen qui convienne dans tous les cas.

terons que quoique ces kystes mammaires ne constituent pas des maladies ayant un caractère grave de malignité, elles peuvent dans quelques cas dégénérer; aussi pour cette raison, et surtout pour soulager les malades et pour satisfaire leur esprit, on ne doit pas hésiter de les extirper, en faisant en sorte de ne pas ouvrir les parois du kyste qu'il faudra détacher de ses adhérences par une dissection minutieuse. Dans le cas où la tumeur aurait été ouverte et ne contiendrait qu'un liquide séreux, si surtout on n'avait pas la certitude d'avoir enlevé toute la poche kystique, il faudrait cautériser la surface interne de la plaie, pour éviter la reproduction du mal.

Les tumeurs fibreuses qui se développent dans les mamelles résistent à tous les moyens thérapeutiques, et réclament aussi l'extirpation complète au moyen de l'instrument tranchant. Il en est de même d'une sorte de tumeurs mobiles, globuleuses, molles au toucher, moins bien limitées que le squirrhe et les tumeurs fibreuses qui, comme les précédentes, se rencontrent le plus souvent chez des femmes ayant toutes les apparences d'une bonne santé. Ces tumeurs qui sont des espèces de loupes, passent rarement à l'état cancéreux, quoiqu'elles puissent acquérir un volume assez considérable qui varie de la grosseur d'un pois à celle d'une grosse bille de billard; et en général elles sont indolentes et ne deviennent douloureuses qu'à l'époque des règles.

Les mamelles sont encore sujettes à d'autres indurations chroniques qui présentent plus ou moins d'analogie avec celles que nous venons de signaler et dont il est important de les distinguer, parce qu'on n'a pas besoin de les extirper pour obtenir une guérison radicale; parmi les affections de cette classe, sont : 1° l'engorgement résultant du trouble de la menstruation; 2° l'engorgement des vaisseaux lymphatiques; 3° l'engorgement scrophuleux.

L'engorgement qui, à la suite d'un trouble dans l'évacuation périodique des règles, se forme dans une partie du sein, s'observe le plus souvent à l'âge de quinze à vingt-cinq ans; l'induration qui en résulte est toujours très sensible au toucher, surtout aux époques correspondantes à celles où les menstrues avaient l'habitude de paraître. La douleur du sein est alors tellement augmentée qu'elle s'irradie souvent de la mamelle malade jusqu'aux bras et même jusqu'aux extrémités des doigts du même membre. Cette espèce d'induration qui a été désignée sous le nom de *tumeur irritable des mamelles*, par le célèbre *A. Cooper* (loc. cit. p. 405), ne réclame jamais l'ablation du sein, d'autant plus qu'elle se résout comme par enchantement, aussitôt qu'on a pu rétablir l'écoulement normal des règles. Nous croyons devoir dire aussi que l'absence de la fluctuation, des symptômes fébriles, des élancements pulsatifs, et les circonstances commémoratives, suffiront toujours

pour empêcher de confondre cette affection avec un abcès des mamelles.

Le gonflement des vaisseaux lymphatiques qui vont de la mamelle aux glandes axillaires, cède ordinairement avec assez de facilité aux boissons amères et sudorifiques, aux fomentations narcotiques, et aux frictions mercurielles et iodurées. Enfin les tumeurs scrophuleuses, auxquelles succèdent quelquefois des ulcères d'apparence cancéreuse, dont on les distingue facilement par l'absence des élancements, le peu de sensibilité, et la nature de la suppuration etc., résistent rarement à un régime et à un traitement anti-scrophuleux, surtout à l'usage interne et externe des préparations pharmaceutiques dont l'iode est la base.

Nous ajouterons pour terminer ce que nous avions à dire sur les engorgements des mamelles, que ceux que l'on remarque à la suite des abcès de ces organes, ne tardent pas à se résoudre sous l'influence des évacuations sanguines locales, et d'un traitement antiphlogistique méthodiquement employé. Comme nous traiterons des abcès du sein en parlant des maladies qui se développent à la suite des couches ou pendant l'allaitement, nous ne nous étendrons pas plus longuement sur ce sujet.

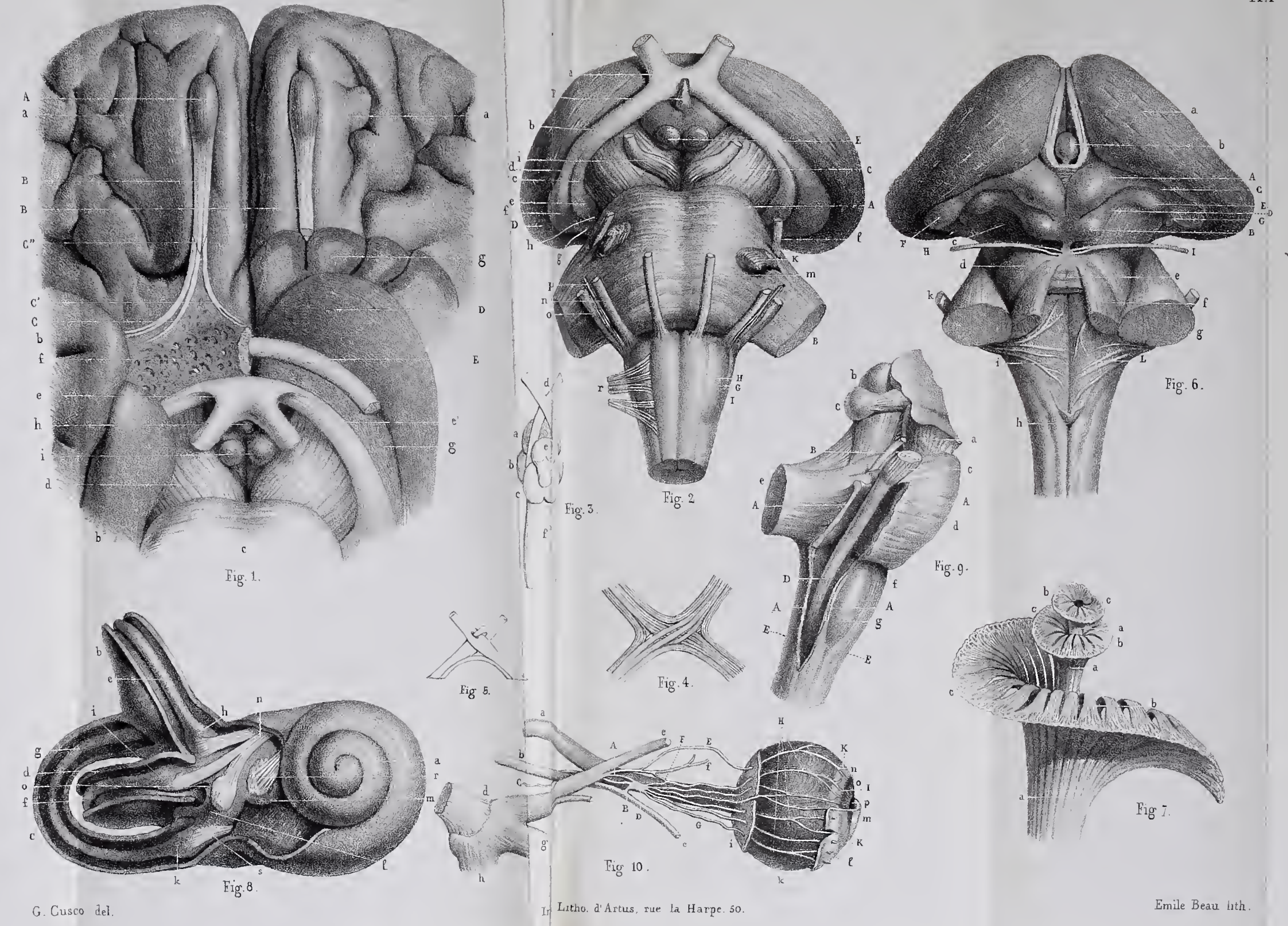


Fig. 1.

Fig. 2

Fig. 3.

Fig. 4.

Fig. 5.

Fig. 6.

Fig. 7.

Fig. 8.

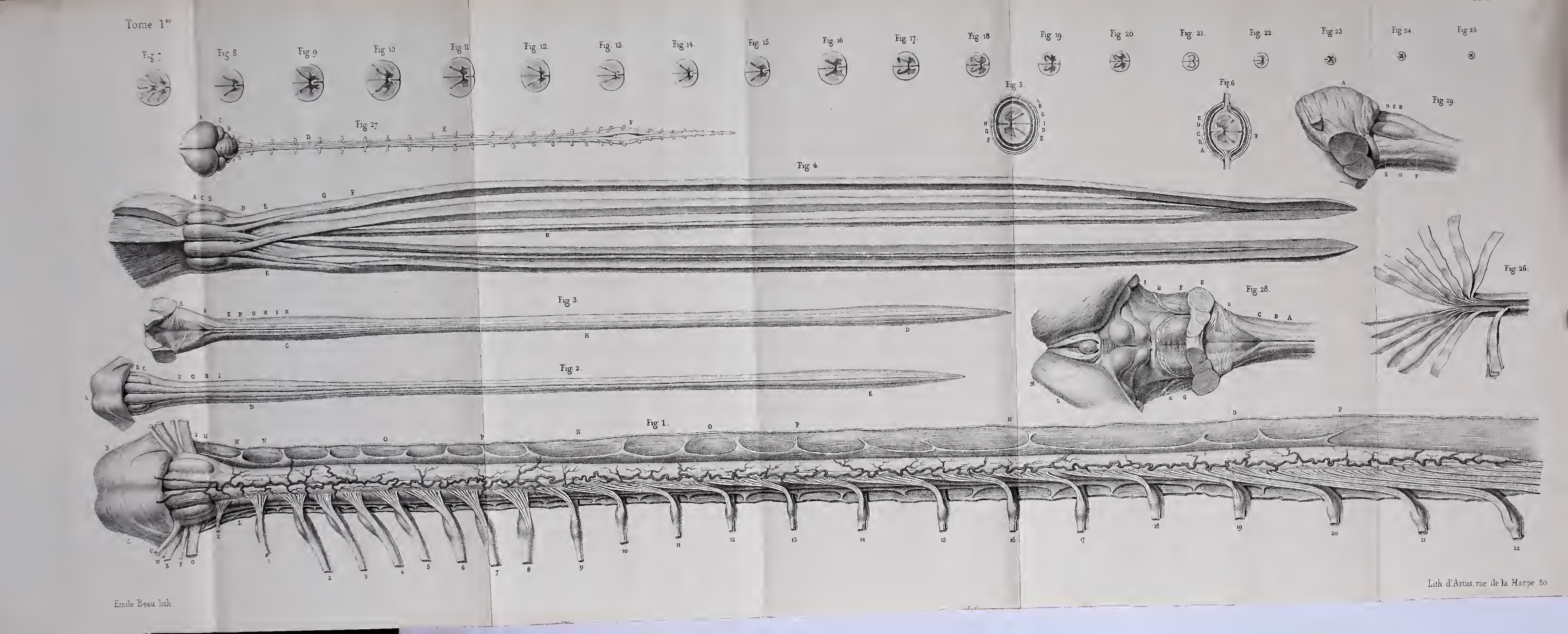
Fig. 9.

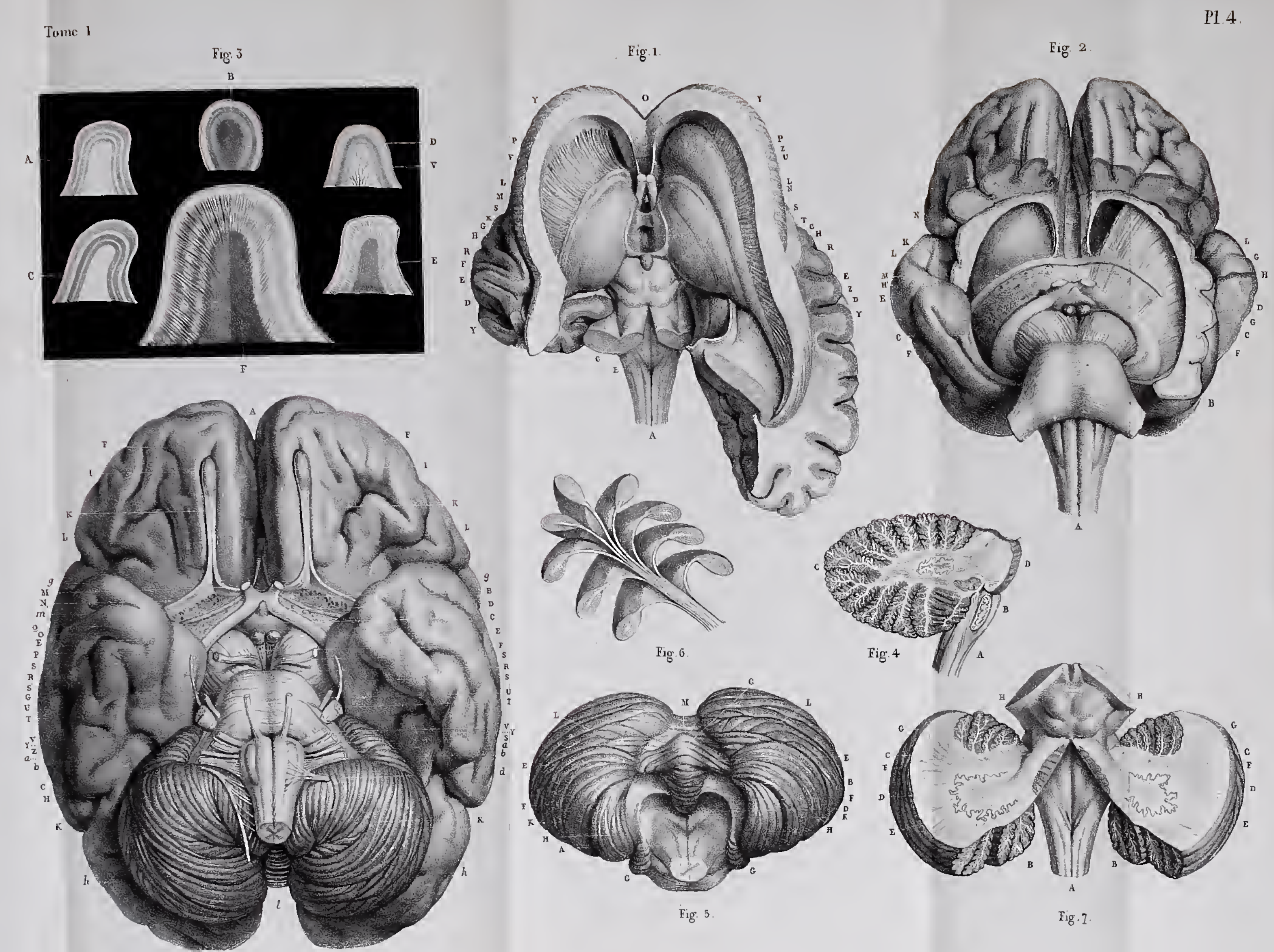
Fig. 10.

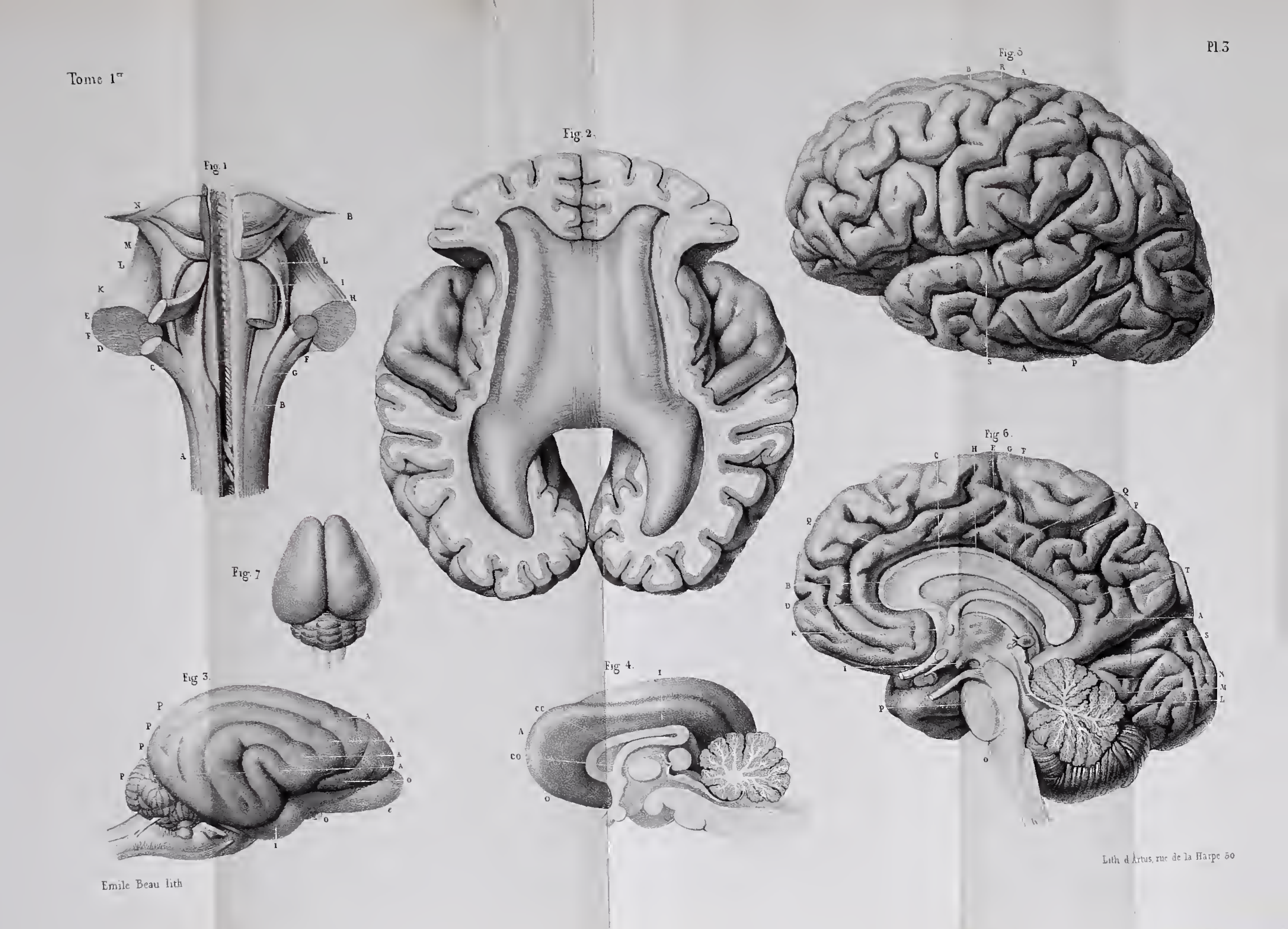
G. Cusco del.

Litho. d'Artus, rue la Harpe. 50.

Emile Beau lith.


Tome 1.er
Fig. 7.
Fig. 8.
Fig. 9.
Fig. 10.
Fig. 11.
Fig. 12.
Fig. 13.
Fig. 14.
Fig. 15.
Fig. 16.
Fig. 17.
Fig. 18.
Fig. 19.
Fig. 20.
Fig. 21.
Fig. 22.
Fig. 23.
Fig. 24.
Fig. 25.
Fig. 5.
Fig. 6.
Fig. 29.
Fig. 27.
Fig. 4.
Fig. 26.
Fig. 3.
Fig. 28.
Fig. 2.
Fig. 1.
Emile Beau lith.
Lith. d'Artus, rue de la Harpe 50


Fig. 3
Fig. 1.
Fig. 2.
Fig. 6.
Fig. 4
Fig. 5.
Fig. 7.
Fig. 8


Tome 1er
Pl. 3
Fig. 1
Fig. 2.
Fig. 3
Fig. 4.
Fig. 5
Fig. 6.
Fig. 7
Emile Beau lith
Lith d'Artus, rue de la Harpe 50

